

302112

1

ANNO SCIENTIAE ET MEDITATIONIS



INSTITUTO NACIONAL DE
CARDIOLOGIA
IGNACIO CHAVEZ

ESCUELA DE ENFERMERIA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
"IGNACIO CHAVEZ"

ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA
CARDIACA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

MARIA LUISA MARQUEZ MENDOZA

ASESORA: LIC. ENFRA. AIDA MONROY CABRERA

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F., Julio del 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que me ha enriquecido con los tesoros de su gracia, porque soy parte de su maravillosa creación y ocupo un lugar importante en su plan de salvación.

A mis compañeras: Silvia, Jenny, Kada, Edelin, con quienes compartí esta hermosa aventura, con sus alegrías, tristezas, retos y obstáculos, para lograr nuestra meta común; ser profesionales de la salud.

A mi comunidad del "Sanatorio Rougier", a mi superiora, M. Lupita Reyes, por su apoyo y comprensión a lo largo de mi carrera profesional; porque me animaron en todo momento y pude compartir con ellas este tiempo tan importante para mí.

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

A mis papás Antonio y Luisa, ya que han sido los que me han traído a la vida los que han puesto en mí ese anhelo por superarme y ser cada día mejor, gracias a su ejemplo de fidelidad y responsabilidad como esposos y padres de familia.

A mi familia religiosa de quien he recibido la oportunidad de seguirme superando y con ello mejorar la calidad del servicio que realizamos en nuestras instituciones de salud.

A mis amigos, porque me han ayudado a reírme de mis errores, a ver los problemas como un reto y no como un obstáculo; a enfrentarme a lo desconocido con admiración y asombro y no con temor o miedo; a ver la vida como la más maravillosa de las artes.

3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

I.	JUSTIFICACION.....	3
II.	OBJETIVOS.....	5
III.	SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	6
IV.	MARCO TEÓRICO.....	7
4.1	INSUFICIENCIA CARDIACA.....	7
4.1.1	FISIOPATOLOGÍA.....	8
a)	MECANISMOS COMPENSADORES.....	8
b)	CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA.....	10
4.1.2	ETIOLOGÍA.....	11
a)	FIEBRE REUMÁTICA.....	11
b)	ESTENOSIS E INSUFICIENCIA VALVULAR.....	14
c)	CARDIOPATÍAS Y PADECIMIENTOS PULMONARES.....	18
4.1.3	CUADRO CLÍNICO.....	20
4.1.4	DIAGNÓSTICO.....	22
4.1.5	TRATAMIENTO.....	24
4.2	TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.....	34
4.2.1	REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO.....	36
4.2.2	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES.....	40
4.2.3	CONCEPTOS BÁSICOS.....	41
4.2.4	ETAPAS DEL PROCESO SEGÚN EL AUTOCUIDADO.....	42
V.	CASO CLÍNICO.....	45
VI.	DATOS DEL PACIENTE.....	46
6.1	HISTORIA CLÍNICA.....	46
6.2	NOTAS DE EVOLUCIÓN MÉDICAS.....	49
6.3	ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.....	55
6.4	DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	57
6.5	DISCUSIÓN DEL MANEJO MÉDICO.....	58
6.6	DISCUSIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	60
VII.	PROPUESTA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON IC. POR VALVULOPATÍA.....	62

VIII. CONCLUSIONES.....	136
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	137
X. ANEXOS.....	140
10.1 MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	154
10.2 AUTORIZACIÓN INFORMADA.....	160

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I JUSTIFICACION

El presente estudio de caso está enfocado a la implementación de los cuidados específicos a un paciente con insuficiencia cardíaca teniendo como guía y apoyo para la intervención de las actividades de enfermería la teoría de Dorothea Orem, debido a que en la mayoría de los casos, una cardiopatía de este tipo tiene un proceso lento y en muchas ocasiones imperceptible para el paciente, surgen en seguida una serie de complicaciones que requiere de la intervención no solo del personal de salud, sino del propio individuo que tiene este padecimiento. En muchos casos, este paciente es dado de alta rápidamente por lo que resulta necesario seguir atendiéndose en casa y por lo tanto, ¿por qué no ver su atención de forma integral, que incluya el descubrimiento de sus capacidades para colaborar en su propio cuidado?.

El tomar como base el autocuidado, permitirá ampliar las intervenciones de enfermería y realizarlas a la par del paciente, de manera que ambos tengamos un panorama de acción amplio y dinámico. Desde este ámbito se logran destacar las capacidades personales del paciente y de esta forma, él podrá intervenir en su proceso de salud- enfermedad, para su pronta recuperación o para mejorar su calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que cuando una persona se enfrenta con una situación de vulnerabilidad como lo es la enfermedad, ha de llevar un proceso de duelo, lo que implica negación del problema, ira, negociación, rechazo, aceptación y en este proceso habrá etapas de depresión, que dependerá de cada personalidad la intensidad de dicha depresión o la manifestación de la misma; en este proceso entran en juego sentimientos de miedo, tristeza, enojo, entre otros. Por ello el personal de enfermería debe intervenir tomando en cuenta a la persona de forma holística por lo que el proceso de enfermería debe adaptarse a cada paciente con la ayuda de una teoría.

Dentro de la Insuficiencia Cardíaca, la intervención del personal de enfermería deberá ser oportuna, realizándose de forma organizada y dinámica; es necesario, por tanto, buscar estrategias que se puedan implementar con relación a un paciente con este tipo de cardiopatías, de esta forma llevaremos un proceso de atención que permita tanto al paciente como al personal de enfermería, tener un ámbito de acción amplio en el que se logre la aplicación del autocuidado.

Debemos tener en cuenta la incidencia de la Insuficiencia Cardíaca en nuestros días; al respecto se nos dice lo siguiente: "En los países desarrollados la IC se ha convertido en uno de los problemas de salud pública de mayor envergadura en los últimos años. Se calcula que de 1 a 3% de la población, especialmente en las décadas tardías de la vida, sufren de IC; distintas fuentes revelan que la incidencia va en aumento". (Academia Nacional de Medicina 1999)

Según otros autores, en los Estados Unidos, el 1% de la población padece de insuficiencia cardíaca (3 millones de personas) y además aparecen cada año 400,000 nuevos casos. De la misma manera va en aumento en nuestro país este padecimiento, ya va ocupando los primeros lugares dentro de las cardiopatías.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Llevar a cabo la aplicación de un estudio de caso en un paciente con Insuficiencia Cardíaca, con la finalidad de realizar una propuesta de atención con base en la teoría de Orem, para interactuar con el paciente y fomentar en él un mayor autocuidado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Interactuar con el paciente para la promoción de educación a la salud y promover su potencial humano en el autocuidado.
- Buscar que el paciente interactúe con la enfermera en el proceso salud-enfermedad, para mejorar su calidad de vida
- Identificar los recursos con que cuenta el paciente, así como el nivel de conocimiento acerca de su enfermedad para lograr una mejor participación en el autocuidado.
- Aplicar el autocuidado en un paciente con Insuficiencia Cardíaca, en tercer piso "Cardiología Adultos A", de forma que sea llevado a la práctica como un proceso dinámico e integral.

III SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata del señor Anastasio, adulto mayor de 49 años de edad menor aparente a la referida, de tez morena, altura media, de complexión delgada, con algunas canas, de actitus seria, tranquilo, aen el momento de conversar con el se le ve sereno, reflexivo, es el segundo de tres hermanos, refiere que sus papás fallecieron cuando él tenía 11 años, por lo que solo estudió hasta 5° de primaria, se casó con la Señora Lourdes Luna Rodríguez con quién procreo 4 hijos; se aprecia que es de nivel socioeconómico bajo.

El se presentó a urgencias del Instituto de Cardiología por vez primera el 17 de agosto del 2000, con un Diagnóstico de Cardiopatía Reumática Inactiva, Doble Lesión Mitral, con predominio de Insuficiencia, más Insuficiencia Tri cúspidea, e Hipertensión Arterial Sistémica, durante este tiempo refiere palpitaciones esporádicas, disnea de grandes a medianos esfuerzos desde un mes antes de presentarse, por este tiempo no se evalúa insuficiencia Cardíaca, se detecta arritmia completa por Fibrilación Auricular de conducción rápida, el paciente se presentó en diversas ocasiones al servicio de urgencias ya que las palpitaciones se aumentaban estas se acompañaban de cansancio, marco postural, astenia, adinamia, en más de una ocasión la situación persistía ya que por motivos económicos suspendía el tratamiento; se intentó revertir la arritmia con cardioversión farmacológica, no se logra, continúa con deterioro progresivo, disnea que va de medianos a pequeños esfuerzos, incluso ortopnea de 2 hasta más de 3 almohadas, disnea paroxística nocturna más marcado en los últimos días, situación que lo angustia, acude a urgencias el 2 de junio de 2003 y no lo consideran muy delicado, le dan tratamiento a base de diurético intravenoso, lo citan en consulta externa para vigilancia, regresa a urgencias donde por fin el 26 de Julio lo admiten y lo internan en el 3° piso adultos "A", con plan de intervención quirúrgica, cambio valvular mitral y probablemente tricúspideo.

V MARCO TEORICO

4.1 INSUFICIENCIA CARDIACA

DEFINICIÓN

Como definición podemos decir que la Insuficiencia Cardíaca es el estado fisiopatológico en el que una alteración de la función cardíaca es responsable del fracaso del corazón para bombear la sangre que requieren los tejidos para su metabolismo y necesidades corporales. El deterioro de la función cardíaca, provoca la insuficiencia del vaciado de los senos venosos y disminuye el aporte sanguíneo a la circulación arterial. Se define igualmente como la incapacidad del miocardio ventricular en el que suceden alteraciones propias de la miofibrilla (daño miocárdico), o por una sobrecarga hemodinámica excesiva que finaliza con reducción del gasto cardíaco. "La Insuficiencia Cardíaca puede estar presente cuando el gasto cardíaco está reducido en relación con las demandas metabólicas del cuerpo" (Krupp 1990). Este fenómeno es el estímulo para que se manifiesten mecanismos compensadores (secreción de catecolaminas, mecanismos neurohumorales e hipertrofia), que permiten nivelar el gasto cardíaco en cuanto sea posible y que el corazón realice su función.

El comité de expertos del Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre de los EUA, la definió en 1994 como sigue: "la IC se desarrolla cuando alguna alteración de la función cardíaca determina que el corazón sea incapaz de expulsar el porcentaje de sangre requerido para el metabolismo tisular; o cuando el corazón solo puede hacerlo si hay una elevada presión de llenado. Esta incapacidad puede ser debida al llenado defectuoso o deficiente del corazón y/o al deterioro de la contracción y al vaciamiento. Los mecanismos compensatorios incrementan el volumen sanguíneo y elevan las presiones de llenado del corazón, la frecuencia cardíaca y la masa del miocardio para mantener la función de bomba del corazón y determinar la redistribución del flujo sanguíneo". (Visión Hospitalaria 1997)

En relación a lo anterior, un corazón es insuficiente cuando no logra expulsar la cantidad de sangre que requiere el organismo, debido a alguna alteración en su estructura, por lo regular hablamos de sus válvulas que en ocasiones patológicas encuentran dificultad para abrir o para cerrar, o debido a disminución de la precarga o postcarga, lo que limita la entrada y salida del flujo sanguíneo, esto trae como consecuencia una disminución del gasto cardíaco; se

desencadenan entonces mecanismos compensadores que mantengan en la medida de lo posible un gasto óptimo. (ver anexo 6 pag. dibujo de corazón válvulas)

Otra definición de Insuficiencia Cardíaca nos la menciona el Dr. Guadalajara y nos hace una división al hablar de Insuficiencia Cardíaca descompensada e Insuficiencia Cardíaca compensada; sobre la primera nos menciona que es aquella en la que se presenta "la incapacidad del corazón para expulsar una cantidad suficiente de sangre que permita mantener una presión arterial adecuada para perfundir de oxígeno a los tejidos del organismo. Esta incapacidad es debida a una contracción miocárdica ineficiente o por una sobrecarga hemodinámica excesiva" (Guadalajara 1997) y en relación a la insuficiencia Cardíaca Compensada nos dice que "es el estado patológico en el cual la función miocárdica se encuentra deprimida por un daño intrínseco de la miofibrilla o por una sobrecarga hemodinámica excesiva, pero el gasto cardíaco se mantiene a expensas de mecanismos compensadores" (Guadalajara 1997).

4.1.1 FISIOPATOLOGÍA

a) MECANISMOS COMPENSADORES

- **Reacción adrenérgica:**

En cuanto a los mecanismos compensadores, vemos que interviene el sistema nervioso autónomo en una función cardíaca normal, mientras que una vez detectada la falla contráctil del miocardio, que a su vez causa una disminución del gasto cardíaco, se da la secreción del catecolaminas en la sangre y en la orina, las que al tener un efecto cronotrópico e inotrópico positivo aumentan la frecuencia cardíaca y la contractilidad, lo cual culmina normalizando el gasto cardíaco que se encontraba disminuido, este mecanismo se manifiesta por taquicardia, diaforesis, oliguria, piloerección y palidez.

- **Ley de Frank -Starling:**

Luego de que interviene el sistema nervioso autónomo y no logra normalizar el gasto cardíaco, entra en acción la respuesta de la circulación sistémica, o sea que hay una selección para redistribuir el flujo sanguíneo a los órganos vitales, manteniéndolos en volúmenes normales y se sacrifica la irrigación de órganos no vitales como la piel, terreno esplénico y riñón por el aumento de las resistencias periféricas. Pero ¿qué pasa al disminuir la perfusión

renal? Por una parte se disminuye el filtrado glomerular, lo que nos lleva a oliguria y retención de sodio y agua y por otra parte la estimulación de la secreción de renina, que nos lleva a un aumento de angiotensina II (un vasoconstrictor natural del ser humano que aumenta las resistencias periféricas). Esta reacción renal se puede esperar en una situación de hipovolemia. Todo lo anterior aumenta la cantidad de sangre que llega al corazón, aumenta el volumen y presión diastólica de los ventrículos; el aumento del volumen ventricular aumenta el estiramiento diastólico de las miofibrillas y de esto se deriva el mecanismo de Frank-Starling, aumenta la fuerza contráctil del miocardio ventricular y con esto, el gasto cardiaco, que es lo que quiere lograr el organismo, aunque, la retención elevada de sodio y agua trae como consecuencia un aumento en el volumen sanguíneo, de manera que al elevar la presión hidrostática en los capilares, nos desencadena, en primer lugar edema intersticial, en seguida un trasudado de líquido en los tejidos subcutáneos y se manifiesta en edema de los tobillos y de las extremidades inferiores.

- **Hipertrofia y distensibilidad: (remodelación miocárdica)**

Este mecanismo es de gran utilidad cuando cambian las condiciones de trabajo del corazón; cuando se presenta una sobrecarga de volumen crónica, seguida de dilatación ventricular, el aumento del trabajo miocárdico se compensa por hipertrofia fisiológica que permite normalizar el estrés sistólico y el funcionamiento del corazón, aunque haya una sobrecarga de trabajo; en este caso la hipertrofia miocárdica (la cual proporciona más células contráctiles) llega a ser el mecanismo compensador que ayuda al corazón a normalizar la tensión de la pared durante la sístole y a mantener un trabajo óptimo. Se nos dice que "el aumento del grosor del ventrículo izquierdo disminuye su distensibilidad de manera que la presión telediastólica del ventrículo izquierdo se eleva teniendo un volumen ventricular izquierdo normal" (Krupp 1990). En general, los enfermos llegan a tolerar mejor una mayor carga por el aumento del volumen, que mayor carga por elevación de la resistencia, aun cuando la tensión de la pared del ventrículo izquierdo y el consumo de oxígeno por el miocardio aumentan cuando el corazón está dilatado y crecido.

Como vimos anteriormente, ante los cambios de la presión, volumen, distensibilidad y contractilidad, la retención excesiva de sal y agua, es la responsable de muchos de los síntomas de la insuficiencia cardíaca. Esto ocurre conforme los riñones intentan restaurar el estado anterior como respuesta al descenso en la presión de perfusión renal. Al ir analizando la evolución de la

insuficiencia cardíaca, los síntomas clásicos que se presentan son debido a los mecanismos de compensación que intervienen. Estando en una situación en que los mecanismos compensadores no son capaces de mantener el gasto cardíaco se manifiesta de verdad la insuficiencia circulatoria por falla hemodinámica del corazón lo que se visualiza por hipotensión arterial, hipoperfusión tisular, esto es, un choque cardiogénico; y la reacción adrenérgica como palidez, taquicardia, diaforesis, frialdad de la piel, llega a ser insuficiente para mantener la perfusión tisular a los órganos vitales, estableciéndose de esta manera la insuficiencia cardíaca en grado extremo. (ver anexo 1 sobre gasto cardíaco)

Ahora bien, el que los ventrículos funcionen de forma anormalmente disminuida al grado de manifestarse una Insuficiencia Cardíaca se deberá a dos causas, una de estas será por daño miocárdico propiamente dicho, esto es, una insuficiencia contráctil, o por la sobrecarga de sangre excesiva.

b) CLASIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA

— Insuficiencia Cardíaca Izquierda

Observamos que el aumento del volumen y presión diastólica de la cavidad izquierda incrementa la fuerza contráctil, así como el gasto cardíaco, dando como resultado la hipertensión venocapilar que se manifiesta en el enfermo como disnea; entre más deterioro se presente en la función ventricular habrá mayor grado de disnea, de tal manera que se presenta disnea de reposo, ortopnea o disnea paroxística nocturna, en estas condiciones se va progresando a un edema agudo pulmonar y según va avanzando el deterioro funcional hasta infarto del miocardio masivo; aún utilizando el mecanismo de Starling el gasto cardíaco no puede ser mantenido en reposo. La aparición de la disnea, puede atribuirse a oxigenación insuficiente de la sangre que fluye por los pulmones con trastorno funcional, hay una disminución importante de la capacidad vital de los pulmones producida por la distensión vascular congestiva.

— Insuficiencia Cardíaca Derecha

Aquí la falla hemodinámica se representa por la caída de gasto cardíaco derecho, luego del gasto sistémico; esto es, se presenta la hipotensión arterial, hay una elevación de la presión venosa central, ingurgitación yugular, hepatomegalia congestiva; la manifestación clínica de la congestión hepática es dolor en el hipocondrio derecho (de tipo pesantez y relacionando con el esfuerzo),

relacionado con el esfuerzo. Al irse agravando el cuadro, condiciona a la hipertensión venosa sistémica. Conforme permanece la insuficiencia cardiaca derecha, irá descendiendo el daño y presentando esplenomegalia congestiva, ascitis, edema de miembros inferiores que va ascendiendo y de predominio vespertino.

La insuficiencia cardiaca derecha es por lo regular secundaria a insuficiencia crónica del ventrículo izquierdo, particularmente lesiones como la estenosis mitral, que causa gran aumento en la presión pulmonar, ya que todo aumento de la presión en la circulación menor, relacionado con insuficiencia cardiaca izquierda, va a producir inevitablemente aumento de la carga del hemicardio derecho, manifestándose con disnea, fatiga, pulsaciones prominentes en venas yugulares que preceden el edema periférico.

— Insuficiencia Cardiaca Global

Se agregan las manifestaciones clínicas de cada ventrículo, cuando la falla es global a nivel cardiaco, en esta etapa intervienen mecanismos renales que se desencadenan por el bajo gasto cardiaco, por lo que en el túbulo proximal y en el túbulo distal hay una retención de sodio y agua, esto nos desencadena la aparición de edema generalizado o sea anasarca, lo que se alterna con oliguria, todo lo anterior pone al paciente en una situación delicada si no se atiende de inmediato.

4.1.2 ETIOLOGIA

a) FIEBRE REUMÁTICA

Hay que tener en cuenta que la fiebre reumática es una de las causas más frecuentes de la Insuficiencia Cardiaca, de manera especial en países en desarrollo, se puede entender como una enfermedad de la pobreza. fiebre reumática es una enfermedad aguda, subaguda o crónica, que constituye una secuela de la infección estreptocócica hemolítica; esta provoca una infección faríngea recurrente (faringoamigdalitis) en la infancia entre los 5 y 15 años de edad, causando inflamación en el tejido conectivo que se encuentra en sistema nervioso central, articulaciones y válvulas del corazón y esto se debe, según algunos autores a que hay una similitud entre el Estreptococo beta hemolítico tipo "A" y la proteína "M" propia de este tejido conectivo; lo que al avanzar la enfermedad produce una respuesta autoinmune contra dicha proteína ocasionando

respuesta inflamatoria, no exudativa, proliferativa y culmina formando calcificaciones o cicatrizaciones especialmente en válvulas cardíacas y sus anexos. En otras literaturas se habla de que algunas cepas de estreptococos del grupo A, claramente asociadas a brotes de fiebre reumática tienen una gran virulencia, un rico contenido en proteína M (responsable de la formación de colonias mucoides). Estas propiedades les hacen muy resistentes a la fagocitosis y provocan energías respuestas inmunitarias.

En mujeres es más común una Insuficiencia Mitral y en hombres una Insuficiencia Aórtica; tiende más a desarrollarse en personas que están más predispuestas es decir donde aqueja más la pobreza, la desnutrición; se presenta en personas menores de 50 años, y por lo tanto es más común en países en desarrollo.

Puede ser autolimitante o conducir a la deficiencia valvular progresiva lenta. La lesión característica es vasculitis con inflamación granulomatosa. En diferentes áreas, la lesión inflamatoria se acompaña de edema y fragmentación de las fibras colágenas, esto puede durar muchos años después de que la enfermedad haya pasado a una fase clínicamente inactiva, finalmente la lesión valvular se cura con engrosamiento cicatrizal y adherencia de las comisuras valvulares y cuerdas tendinosas, lo que genera grados variables de estenosis e insuficiencia valvular.

La válvula mitral se afecta en un 75-80% de los casos, la Válvula aórtica en un 30%, la tricúspide y pulmonar en menos de 5%, las válvulas se vuelven edematosas, luego se desarrolla una cicatrización progresiva durante meses o años. (Ver anexo 2 cuadro sinóptico)

— Criterios de Diagnóstico par la Fiebre Reumática

Para establecer un diagnóstico de fiebre reumática nos basamos en los criterios de Jones mayores y menores.

Criterios Mayores

Carditis: Para establecer su diagnóstico tendremos en cuenta las siguientes manifestaciones:

- Pericarditis: de tipo fibroso o con cualquier grado de derrame.
- Cardiomegalia: dato que se caracteriza por dilatación de las paredes miocárdicas debilitadas por la inflamación.

- Insuficiencia Cardíaca franca: derecha e izquierda y para la valoración de la Insuficiencia Cardíaca derecha la hepatomegalia congestiva, que se percibe dolorosa a la palpación, es un signo de gran utilidad en su diagnóstico. El soplo diastólico mitral o aórtico refleja la dilatación del anillo valvular o del miocardio.
- Soplos cardíacos de insuficiencia mitral o aórtica.

Corea: En relación a la presencia de *corea*.

- Es una afección del sistema nervioso central
- Se perciben movimientos involuntarios, de los músculos de extremidades, tronco y cara, frecuentemente acompañados de debilidad muscular e inestabilidad emocional.

Eritema marginado:

- Aparecen erupciones rosadas que crecen rápidamente adoptando la forma de anillos, ligeramente elevados.
- Pueden ser transitorios o persistir por periodos prolongados.
- Se localizan preferentemente en el tronco y áreas proximales de las extremidades y nunca en la cara.

Poliartritis:

- Suelen ser nódulos subcutáneos de tamaño pequeño.
- Afecta de forma sucesiva articulaciones mayores.
- Es migratoria.
- Las manifestaciones son fiebre, astenia, malestar, pérdida de peso, dolor abdominal.

Criterios Menores

- Fiebre
- Artralgia
- Malestar general
- Epistaxis

Para tener en cuenta los criterios mayores y menores en el diagnóstico nos basaremos en la presencia de dos criterios mayores y uno menor, o dos menores y uno mayor, esto con evidencia de estreptococo beta hemolítico, y al valorar los niveles de proteína C reactiva en sangre.

— Complicaciones de la Fiebre Reumática

Los casos graves conducen a Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

Otras complicaciones: arritmias, pericarditis con gran derrame, neumonitis reumática, embolia e infarto pulmonar, invalidez cardíaca y el desarrollo temprano o tardío de valvulopatía permanente deformante.

Cardiopatía Reumática Inactiva: la variedad de la evolución de la carditis reumatoide y de la valvulopatía reumática depende de diversos factores, de la variabilidad de duración y gravedad de la inflamación reumática. La extensión de la cicatrización de las válvulas luego de que haya cesado la inflamación aguda. La localización y gravedad de la lesión hemodinámica por la insuficiencia o estenosis valvular.

La cardiopatía reumática crónica va a aparecer luego de uno o varios ataques de fiebre reumática, lo que trae como consecuencia la rigidez y deformación de las valvas, fusión de las comisuras o acortamiento y fusión de las cuerdas tendinosas, el resultado es estenosis o insuficiencia valvular o ambas que en este caso se conoce como doble lesión valvular.

Los datos clínicos son la presencia de un soplo importante, la manifestación de valvulopatía con repercusión hemodinámica, revelados por estudios radiológicos, flourosco피아, electrocardiograma, ecocardiograma, ventriculografía por cateterismo.

- Tratamiento para evitar daño valvular

Profiláctico: Penicilina procaínica dosis 800,000ui, intramuscular. Cada 24 horas durante 10 días.

Eritromicina dosis 250mg, cada 6 horas durante 10 días.

Dicloxacilica 500mg, cada 8 horas durante 10 días.

Se sugiere administrar un tratamiento profiláctico de por vida, luego de que se detectó con certeza la cardiopatía reumática, el medicamento de elección es la penicilina benzatínica de 1,200,000ui vía intramuscular cada 21 días, se ha comprobado que este tratamiento ha disminuido las recaídas de fiebre reumática.

a) ESTENOSIS E INSUFICIENCIA VALVULAR

luego que se establece la Fiebre Reumática encontramos las complicaciones que se manifiestan a nivel valvular, veremos en primer lugar en

que consiste la estenosis y la insuficiencia en relación a las válvulas cardiacas. (ver anexo 9 válvulas cardiacas)

Estenosis: Tiene como característica una dificultad de las válvulas para abrir, lo que no permite un vaciamiento del flujo a otra cámara o a los grandes vasos.

- **Estenosis Mitral:**

Consiste en estrechamientos valvulares que en un inicio son relativamente discretos, lo cual se caracteriza por un soplo diastólico retardado, al estar engrosada la válvula. Las comisuras se fusionan y las cuerdas tendinosas tienden a acortarse, las valvas se tornan rígidas. Se abre al principio de la diástole con un chasquido de abertura seco; si la válvula se estenosa a menos de 1.5cm² la presión auricular izquierda debe elevarse para mantener un flujo normal a través de la válvula, así como el gasto cardiaco lo que genera hipertrofia auricular. En pacientes con casos leves, la presión auricular izquierda y el gasto cardiaco pueden ser esencialmente normales lo que les permite estar asintomáticos. En la estenosis moderada con la taquicardia y el ejercicio aparece disnea y fatiga a medida que la presión de la aurícula izquierda se eleva, disminuyéndose el gasto cardiaco, además que aumenta la presión venosa y capilar pulmonar por la misma presión auricular. Con la estenosis grave, la presión auricular izquierda está lo suficientemente alta en el reposo empeorando con el ejercicio rápidamente, se produce ortopnea, debido a que el decúbito nocturno aumenta más el volumen sanguíneo pulmonar. (ver cuadro sinóptico 3)

Si analizamos lo que pasa con el flujo de manera detallada, vemos que una vez estenosada la válvula mitral hay un flujo que no sale de la aurícula izquierda, entonces este flujo se irá acumulando y produciendo congestión en esta cámara; poco a poco el flujo al acumularse comienza a congestionar el sitio de entrada que en este caso son las venas pulmonares, todo esto nos lleva a una presión pulmonar elevada y habrá un aumento en el volumen sanguíneo a este nivel, generando edema agudo pulmonar, además de la insuficiencia cardiaca izquierda que progresa lentamente.

- **Estenosis Aórtica:**

Puede deberse a calcificación degenerativa de las valvas de causa desconocida, o congénitamente bicúspide. la cardiopatía reumática provoca

fusión de las comisuras que a veces origina una válvula de aspecto bicúspide y por último lleva a la calcificación y estrechamiento adicional, la válvula suele ser una masa calcificada rígida. Cuando se presenta este daño, encontramos un llenado ventricular izquierdo deficiente por sístole auricular, produciéndose hipertrofia ventricular. Se caracteriza por un soplo típico de esta tensión que puede deberse a un estrechamiento o dilatación aórtica; conforme la superficie valvular se estrecha aumenta el flujo a través de la válvula, la presión ventricular izquierda causa insuficiencia progresiva del vaciamiento ventricular, congestión pulmonar, insuficiencia cardíaca derecha. Cuando el área valvular esta reducida a menos de la quinta parte de lo normal, aparece disnea, fatiga y el latido apical se vuelve enérgico, al gasto cardíaco se reduce, lo que se traduce en una debilidad marcada, síncope y desvanecimiento. La estenosis aórtica tiende a disminuir el flujo sanguíneo hacia las coronarias y esto favorece a la angina, además se puede presentar infarto agudo al miocardio o peor aun muerte súbita. (ver anexo 4)

• **Estenosis Tricuspidea**

Esta es una lesión relativamente poco frecuente, casi siempre de origen reumático, asociada a insuficiencia mitral. Constituye un obstáculo mecánico al retorno venoso, llenado diastólico del ventrículo derecho deficiente por sístole auricular; usualmente se encuentra afectada también la válvula mitral. Al afectarse la válvula tricuspidea por estenosis, lo que resulta es una congestión auricular derecha, que se compensa con hipertrofia auricular; conforme se agudiza el cuadro, el flujo que se acumula, comienza a congestionar las venas cavas, lo que genera una congestión venosa periférica. La insuficiencia cardíaca derecha se caracteriza por hepatomegalia, ascitis y edema, manifestándose con disnea, fatiga, pulsaciones prominentes en venas yugulares que preceden el edema periférico. (ver anexo 5)

Insuficiencia: Es la incapacidad de las válvulas para cerrar, esto hace que se presente un flujo retrógrado desde el sitio anatómico donde se presente este problema.

Ahora veamos lo que acontece en el momento en que se dañan las diferentes válvulas cardíacas:

- **Insuficiencia Mitral:**

El proceso reumático produce rigidez, deformidad y retracción de las valvas y fusión de las comisuras, acortamiento, contracción y fusión de las cuerdas tendinosas. O puede ocurrir en un notable agrandamiento del ventrículo izquierdo, en que la dilatación del anillo mitral y el desplazamiento lateral de los músculos papilares interfiera en el cierre completo de las valvas. Nos referimos aquí de que las válvulas mitrales no cierran normalmente durante la sístole ventricular y la sangre regresa de nuevo a la aurícula izquierda, esta se hipertrofia progresivamente, se presenta igualmente congestión de las venas pulmonares, generando edema agudo pulmonar. Al haber un retroceso en el flujo sanguíneo, por consecuencia este irá avanzando hasta llegar a cavidades derechas. En estos pacientes hay fatiga y disnea de esfuerzo que lentamente progresa durante muchos años, finalmente aparece insuficiencia ventricular izquierda y pueden presentarse disnea paroxística y ortopnea seguida de insuficiencia cardíaca derecha. (ver anexo 6)

- **Insuficiencia Aórtica**

Cuando es de origen reumático se produce una lesión crónica con engrosamiento, deformidad y acortamiento de las valvas aórticas, cambios que impiden el cierre apropiado durante la sístole. Puede deberse también a una endocarditis bacteriana, deformidad congénita. Se caracteriza por el flujo retrógrado de sangre de la aorta hacia el ventrículo izquierdo a través de una válvula aórtica anormal. Al no cerrar correctamente esta válvula la sangre regurgita hacia el ventrículo izquierdo debido al gradiente de presión entre el vaso y la cavidad ventricular durante la diástole. Inicia con un flujo retrógrado de pequeña cantidad de sangre durante la diástole ventricular a través de las válvulas insuficientes hacia el ventrículo izquierdo, según va aumentando la deformación valvular, aumenta la cantidad de sangre, la presión diastólica descende y el ventrículo izquierdo se hipertrofia gradualmente como mecanismo de compensación, en términos generales, la presión ventricular izquierda permanece normal hasta ya muy avanzada la enfermedad. Aparece insuficiencia cardíaca cuando el ventrículo izquierdo es vencido por la sobrecarga diastólica; cuando el flujo sanguíneo que regresa hacia el ventrículo izquierdo es masivo, puede haber déficit en el llenado de las arterias coronarias, causando infarto agudo al miocardio. (ver anexo 7)

- **Insuficiencia Tricuspídea**

Es más funcional y secundaria a la dilatación del ventrículo derecho y del anillo de la válvula tricúspide; se asocia a defectos del canal auriculoventricular y a la malformación de Ebstein de la válvula tricúspide. Es el paso retrógrado de sangre desde el ventrículo derecho a la aurícula derecha durante la sístole, habrá dilatación del anillo tricúspide, además de insuficiencia y dilatación del ventrículo derecho. Esta afecta al ventrículo derecho de la misma forma que la Insuficiencia mitral lo hace con el ventrículo izquierdo. El reflujo sistólico ocasiona una dilatación progresiva de esta cámara para intentar adaptarse a la nueva situación; por lo general esta complicación ocurre con el infarto del ventrículo derecho, debido a estenosis u oclusión de la arteria coronaria derecha e infarto del miocardio. Se presentará soplo por regurgitación en la aurícula derecha, ritmo de galope. Como manifestación clínica habrá reflejo hepatoyugular, edema, cardiomegalia. (ver anexo 8)

- **Valvulopatía Pulmonar**

Esta se afecta por fiebre reumática con mucho menos frecuencia que las otras válvulas y pocas veces por endocarditis infecciosa. La anomalía más frecuente es secundaria a dilatación del anillo pulmonar por una importante hipertensión pulmonar de etiología diversa. Esta lesión tiene poco compromiso hemodinámico, la resección quirúrgica o destrucción de la válvula pulmonar por una endocarditis infecciosa no produce insuficiencia cardíaca solo que haya una hipertensión pulmonar grave.

Encontramos además la etiología de la insuficiencia cardíaca de acuerdo a su clasificación, es decir, la insuficiencia, ya sea izquierda, derecha o global, estas son de manera general ya que lo que nos interesa por ahora es lo anterior encontramos pues además lo siguiente.

c) Cardiopatías y Padecimientos Pulmonares

Aquí nos referimos a diferentes padecimientos que nos conducen a la insuficiencia, ya que en el apartado anterior solo nos referimos a lo que nos llevan a valvulopatías que culminan en insuficiencia cardíaca y nos enfocamos de manera especial a los padecimientos que se ven en personas que están más predisuestas y más común en países de tercer mundo, es decir donde aqueja más

la pobreza.

Insuficiencia Cardíaca Izquierda:

Las cardiopatías que generalmente nos conducen a falla cardíaca izquierda son:

1. Cardiopatía isquémica:
 - Aguda: infarto del miocardio en evolución (en que se compromete más del 20% de la musculatura ventricular).
 - Crónica: infarto transmural, aneurisma ventricular y cardiopatía angioesclerótica
2. Cardiopatía con sobrecarga diastólica (crónica o aguda)
 - Insuficiencia aórtica
 - Insuficiencia mitral
3. Estadio avanzado de cardiopatías con sobrecarga sistólica:
 - Estenosis aórtica
 - Hipertensión arterial sistémica.
 - Coartación aórtica.

Insuficiencia cardíaca derecha:

Los padecimientos que conducen más frecuentemente a la falla cardíaca derecha son:

- 1 Estadios avanzados de miocardiopatía dilatada.
- 2 Algunas de las alteraciones que más frecuentemente ocasionan hipertensión pulmonar como son:
 - a) Enfermedad pulmonar:
 - Neumopatía obstructiva crónica
 - Fibrosis
 - Enfermedades infiltrativas
 - b) Afectación del lecho vascular pulmonar
 - Hipertensión pulmonar primaria
 - Tromboembolia pulmonar
- 3 Enfermedades que afectan primariamente las cavidades derechas

- Insuficiencia tricuspídea o pulmonar graves
 - Displasia del ventrículo derecho
 - Miocardiopatías que afectan el corazón derecho
- 4 Obstrucción a la salida del ventrículo derecho
- Estenosis pulmonar infundibular o valvular
- 5 Hipertensión auricular izquierda
- Estenosis mitral
 - Miocardiopatía restrictiva izquierda.
- 6 Cardiopatía isquémica
- Infarto del ventrículo derecho

Insuficiencia cardiaca global:

Ocurre principalmente en estas condiciones:

- 1 Cardiopatía isquémica
- Infarto del miocardio extenso en ambos ventrículos
 - Miocardiopatía dilatada
 - Miocarditis
 - Cortocircuitos Auriculoventricular, persistencia de conducto arterioso, comunicación interventricular o mixtos.
 - Valvulopatías
 - Lesiones bivalvulares o trivalvulares
 - Estadio terminal de la valvulopatía aórtica

4.1.3 CUADRO CLÍNICO

Menciona aquí la tríada clásica de manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardiaca:

— Taquicardia:

Por la falla hemodinámica del corazón que permite la disminución del gasto cardiaco, se presenta el aumento de la frecuencia cardiaca como mecanismo compensador para normalizar el volumen minuto, esto lo lleva a cabo por medio

de la estimulación adrenérgica, en conjunto con la palidez, la diaforesis, la oliguria y la piloerección.

— **Cardiomegalia:**

Esta es lógica en una insuficiencia cardíaca, debido a la utilización de la ley de Frank-Starling como otro mecanismo de compensación, y es el resultado del aumento del volumen corriente, por la retención de agua y sodio. Para lograr normalizar gasto cardíaco, viendo que la estimulación adrenérgica no es suficiente.

— **Ritmo de galope:**

También es un signo que encontramos en caso toda insuficiencia cardíaca. Manifestación de un corazón dilatado e insuficiente.

Los síntomas se pueden valorar dependiendo de el lugar afectado ya sea insuficiencia cardíaca izquierda, derecha o global, de esta forma consideramos lo siguiente:

Insuficiencia Cardíaca Izquierda

- Fatigabilidad (por el bajo gasto sistémico).
- Disnea (el grado de disnea está relacionado con el grado de la falla contráctil).
- Disnea de grandes o medianos esfuerzos (por un corazón levemente insuficiente).
- Disnea de pequeños esfuerzos, de reposo o de ortopnea. (por insuficiencia grave).
- Disnea paroxística nocturna o edema agudo del pulmón. (según avanza la gravedad de la insuficiencia)
- Se añade además los síntomas condicionados por la reacción adrenérgica como son: palidez, oliguria presente más por la noche, diaforesis, piloerección, entre otros.

Insuficiencia Cardíaca Derecha

- Disminución de gasto del ventrículo derecho (por falla del mismo).
- Fatigabilidad.
- Hipotensión arterial sistémica. (por el bajo gasto).
- Ingurgitación yugular.
- Hepatomegalia congestiva. (esta causa un dolor sordo en el cuadrante

- superior derecho)
- Derrames pleurales. (hidrotórax)
- Anorexia y meteorismo (por congestión visceral y hepática)
- Ascitis.
- Edema de miembros inferiores

Insuficiencia Cardíaca Global

- Falla de ambos ventrículos.
- Disnea de diversos grados.
- Fatigabilidad.
- Congestión visceral.
- Edema de diversos grados
- Anasarca (en casos graves)
- Además de las manifestaciones de la hiperactividad adrenérgica.

4.1.4 DIAGNÓSTICO

Este se puede valorar según los criterios mayores como son:

- Disnea de ejercicio
- Ortopnea
- Disnea paroxística nocturna
- Estertores
- Edema agudo pulmonar
- PVC elevado mayor a 16cm/H₂O
- Plétora yugular
- Cardiomegalia
- Tercer ruido audible (galope)
- Hidrotórax

Y los criterios menores serían:

- Tos nocturna
- Edema de tobillos bilateral
- Disnea en ejercicio ordinario
- Heparomegalia congestiva
- Derrame pleural
- Taquicardia de más de 120 por minuto

— Clase Funcional de la Insuficiencia Cardíaca

Esta clasificación funcional la ha presentado la New York Association, y se basa en la capacidad del paciente para realizar su actividad física y además es útil para evaluar la respuesta al tratamiento y de esta forma seguir la historia natural del cualquier paciente con insuficiencia cardíaca, además quiero agregar la clasificación terapéutica a seguir de acuerdo a cada grado de insuficiencia:

CLASE FUNCIONAL

Estadio I: sin disminución de la actividad física, las actividades cotidianas no ocasionan síntomas.

Estadio II: hay una ligera limitación de la actividad física, la actividad física ordinaria causa síntomas.

Estadio III: marcada limitación de la actividad física, cualquier actividad que sea menor a la ordinaria causa molestia.

Estadio VI: aquí ya hay una incapacidad para efectuar cualquier actividad sin síntomas, incluso en reposo.

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Clase A: no es necesario restringir la actividad física habitual, pero si evitar esfuerzos intensos no acostumbrados.

Clase B: la actividad no acostumbrada debe restringirse en forma moderada y suspendida en los esfuerzos más intensos.

Clase C: la actividad física habitual debe restringirse en forma importante.

Clase D: debe guardar completo reposo permaneciendo en cama o sentado

Por todo lo anterior, vemos que la secreción de catecolaminas, la ley de Starling y la hipertrofia miocárdica son los tres mecanismos compensadores que no permiten la caída del gasto cardíaco. Por otro lado, al comenzar la evolución de diversas enfermedades cardíacas, los mecanismos compensadores son los apropiados para mantener un gasto cardíaco normal. Puede manifestarse la hipertrofia que, dependiendo del volumen ventricular y la presión del llenado de los ventrículos permanece compensada, una vez que aumenta lo anterior, puede haber congestión venosa pulmonar, lo que desencadena edema agudo pulmonar, hepatomegalia, ascitis, y como a nivel periférico edema intersticial.

Se emplean a demás estudios específicos como son:

- Electrocardiograma: nos muestra el signo de crecimiento cardíaco, sobrecarga diastólica, ondas "Q" profundas.

- Rayos X de tórax: lo que precisará la presencia de cardiomegalia. O crecimiento de alguna cavidad, congestión pulmonar. Arteria pulmonar dilatada (en hipertensión pulmonar)
- Ecocardiograma: demostrará dilatación de las cavidades con signos de falla contráctil, estenosis o insuficiencia valvular, cantidad de flujo.
- Cateterismo cardiaco: para visualizar algún problema de coronarias que provoque angina o infarto.
- Angiografía

4.1.5 TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento van encaminados a:

1. Mejorar la función ventricular deprimida.
2. Hacer desaparecer los síntomas que produce la insuficiencia cardiaca, especialmente los que son incapacitantes.
3. Prolongar la vida del paciente.

- **Medidas generales**

Descanso:

El reposo en cama o sentado disminuye el trabajo cardíaco y promueve la diuresis de sodio; debe mantenerse hasta que se presente la compensación. Se puede utilizar barbitúricos para inducir al sueño en pacientes que han padecido insomnio y disnea por la misma enfermedad.

Dieta:

Quando se inicia el tratamiento la dieta debe ser balanceada, poco, pero a intervalos frecuentes, la restricción de sodio dependerá de la gravedad de la insuficiencia, el desequilibrio glomerular, el efecto de la hormona antidiurética; el riñón retiene sodio en exceso de agua, lo que favorece la retención de líquidos; una dieta deberá ofrecer menor cantidad de sodio para evitar la excesiva retención de agua. Puede no reducirse la ingesta de agua a no ser que ya haya un caso más grave de insuficiencia cardiaca. En las fases avanzadas de la insuficiencia cardiaca, los paciente que son incapaces de excretar una sobrecarga de líquidos pueden desarrollar una hiponatremia por dilución; en estos casos, además del sodio, hay que reducir la ingestión de agua.

• **Medidas farmacológicas:**

Diuréticos:

Estos producen una mayor eliminación de agua y sodio con la disminución del retorno venosos y de la precarga:

Tiacidas:

Puede ministrarse diariamente o en forma intermitente, de acuerdo a las necesidades de la persona. Su mecanismo de acción consiste en reducir el volumen sanguíneo por excreción de sodio (natriuresis) y cloro en la primera mitad del túbulo contorneado distal: el agua se elimina en relación con la sal no absorbida. Estos fármacos son eficaces y útiles en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca siempre que la filtración glomerular sea superior al 50% de la normal.

Efectos adversos:

Nausea, diarrea, rasch, pancreatitis, hipocalcemia, extrasístoles, intolerancia a la glucosa, hiponatremia.

Dosis:

Clorotiacida	125 -500mg/día
Hidroclorotiacidas	12.5 -50mg/día
Clortalidona	12.5 -50mg/día

De ASA

Bloquean la reabsorción de sodio y cloro en la porción gruesa ascendente del Asa de Henle, se emplean cuando los Tiacidas son ineficaces o cuando se requieren diuréticos más potentes. Dichos fármacos pueden inducir vasoconstricción cortical y producir volúmenes de orina de hasta la cuarta parte de la filtración glomerular. Son útiles en todas las formas de insuficiencia cardiaca, sobre todo en los casos refractarios y el edema agudo pulmonar.

Efectos adversos:

Producen nausea y diarrea con más frecuencia que los Tiacidas, hipopotasemia, hiponatremia, hiperglucemia, disminución del agua libre.

Dosis:

Bumetadina:	0.5 -5mg/día
Furosemida:	20 -500mg/día

Torasecida:

10 -40mg/día

Ahorradores de Potasio

Inhiben la secreción de potasio en el túbulo colector. La Espironolactona bloquea la captación de aldosterona por sus receptores (el esteroide suprarrenal que controla la secreción tubular de sodio), causa con esto diuresis de sodio sin pérdida de potasio. La Amilorida, igualmente inhibe la secreción de potasio en la porción distal del túbulo colector.

Efectos adversos:

Nauseas, molestias epigástricas, somnolencia, hiperpotasemia, hipovolemia, hipotensión, erupciones cutáneas. Con la espironolactona: ginecomastia en hombres y en mujeres, mamas doloridas.

Dosis:

Espironolactona: 25 -100mg/día

Amilorida: 5 -10mg/día

Vasodilatadores

Estos nos van a permitir la reducción de la postcarga o la precarga dependiendo de su acción ya sea venosa, arterial o mixta.

Hidralacina:

Relaja el músculo liso, es un vasodilatador directo, se utiliza solo o combinado con nitratos como el Isorbid. Disminuye la postcarga y la resistencia vascular general.

Efectos adversos:

Nausea, anemia hemolítica, lupus. Contraindicado en enfermedad coronaria y en aneurisma disecante de la aorta.

Dosis:

Hidralacina: 25 -100mg/día

Nitratos:

Estos son de predominio venoso, han demostrado ser útiles para tratar las manifestaciones congestivas graves, relajan el músculo liso arterial, reducen el trabajo cardiaco, reducen el retorno venoso y la presión de llenado del ventrículo izquierdo (reducen la precarga).

Efectos adversos:

Cefalea, mareo, hipotensión, síncope.

Dosis:

Infusión Nitroglicerina: 50mg en 250ml de solución glucosada al 5% a dosis respuesta.
Isorbid: 10 -40mg/día. Vía oral

IECAS:

Inhiben la encima convertidora de Angiotensina (vasoconstrictor del ser humano) se utilizan en la insuficiencia cardiaca congestiva, disminuyen la perfusión a nivel renal de aldosterona y de sodio. Producen una reducción en la postcarga al provocar vasodilatación arterial y disminución de la precarga, produciendo vasodilatación venosa. Dando como resultado reducción de la congestión pulmonar y edema periférico.

Efectos adversos:

Tos, hipotensión, pérdida de la función renal, eritema, glomerulopatía.

Dosis:

Captopril: 25 -80mg/día
Enalapril: 20mg/día
Rimapril: 2,5 -10mg/día
Lisinopril: 20 -40mg/día

Nitroprusiato de sodio:

Vasodilatador mixto arterial y venosos, disminuye las resistencias periféricas, con lo que disminuye la poscarga, mientras que al tener efecto venodilatador reduce la precarga y con esto la congestión pulmonar; aumenta la frecuencia cardiaca de forma moderada.

Efectos adversos:

Hipotensión, intoxicación por tiocinato (anorexia, nausea, fatiga,

desorientación, psicosis tóxica).

Dosis:

Frasco de 50mg del solución glucosada al 5%, dosis 10 -75mcg/minuto.

Inotrópicos:

Estos aumentan la contractilidad y con ello el gasto cardíaco, por lo que se logra mejorar la función ventricular.

Digitálicos:

Producen un efecto inotrópico positivo (aumentan la fuerza de contracción miocárdica), aumentando además su velocidad y el gasto cardíaco, disminuye el volumen cardíaco y la presión diastólica ventricular, así como un descenso en la presión de las venas periféricas y de la aurícula derecha. Lleva a un aumento de la concentración intracelular del calcio, lo que favorece la contracción. se indica en tratamiento de la insuficiencia cardíaca que no responde a IECAS y diuréticos.

Efectos adversos:

Intoxicación por digital, (malestar, vómito, visión verdosa o amarillenta, diaforesis, extrasístoles ventriculares, convulsiones, síncope y muerte).

Dosis:

0.25 -0.75mg cada 3 -8 horas
0.125 -0.375mg. Durante 7 a 10 días
0.5mg/día . Dosis de mantenimiento.

Noradrenalina:

Agonista potente de los receptores alfa, produce un aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial por vasoconstricción periférica con un aumento del flujo coronario.

Efectos adversos:

Hemorragia cerebral y arritmias no tan frecuentes y pronunciados como en la adrenalina.

Dosis:

Dosis de 2 a 4mcg/minuto.

Dopamina:

Precursor inmediato de la adrenalina y noradrenalina, tiene una combinación de acciones que la hacen particularmente útil en el tratamiento de diversos estados de hipotensión y en la insuficiencia cardíaca congestiva. en concentraciones bajas estimula los receptores dopaminérgicos, especialmente en los lechos renal, mesentérico y coronario, produce vasoconstricción, mejora el flujo sanguíneo.

Efectos adversos:

Taquicardia, náusea, vómito, cefalea, palpitaciones.

Dosis:

Se aforan 200mg en 250ml de solución glucosada al 5%

Dosis dopa: 2 -5 gamas (efecto diurético)

Dosis beta: 5 -10 gamas (aumenta la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco)

Dosis alfa: >10 gamas (aumenta tensión arterial, vasoconstricción periférica.

Dobutamina:

Acción directa a nivel cardíaco, efecto inotrópico positivo potente, aumenta el gasto cardíaco y disminuye levemente las resistencias pulmonares y sistémicas. Es útil en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda sin hipotensión.

Efectos adversos:

Taquicardia sinusal, hipertensión, arritmias, cefalea, náusea, temblor. No ministrarse en estenosis aórtica o arritmias.

Dosis:

Se aforan 50mg en 250ml de solución glucosada al 5%.

Dosis 2.5 -20gamas/minuto.

• **Balón Intraaórtico de Contrapulsación:**

Está diseñado para aumentar la perfusión coronaria y del cerebro, disminuir el consumo de oxígeno por el miocardio. Los efectos de esta terapia incrementan el gasto cardíaco. el Balón intraaórtico es colocado en la aorta

descendente distal a la arteria subclavia izquierda; este se conecta a una consola que traslada helio al balón para inflarlo y desinflarlo. Aumenta la presión aórtica durante la diástole para aumentar la perfusión coronaria y disminuye la presión aórtica durante la sístole para disminuir el trabajo del ventrículo izquierdo. El Balón intraaórtico será sincronizado par inflar en el punto diacrótico, el cual marca el comienzo de la diástole y desinflar antes de la apertura de la válvula aórtica. Se instala solo para que el corazón soporte un poco más, debe estar alrededor de 12 horas, mientras se decide el tratamiento definitivo o en espera de intervención quirúrgica.

Indicaciones:

- Insuficiencia cardiaca grave, consecutiva a infarto del miocardio extenso.
- Complicaciones mecánicas por infarto del miocardio agudo (insuficiencia mitral aguda)
- Insuficiencia cardiaca aguda por ruptura de prótesis biológica o mecánica.
- Choque cardiogénico.
- Angina de infarto o postinfarto inestable.

Contraindicaciones:

- Insuficiencia aórtica
- Aneurisma aórtica
- Disección aórtica.

• **Valvuloplastia Percutánea con Balón:**

Nos referimos a la dilatación con balón para tratar las estenosis valvulares cardiacas. Inicialmente se empleó esta técnica a pacientes con estenosis congénita, pulmonar o aórtica, se ha extendido a pacientes con estenosis adquiridas, reumáticas o calcificadas, de las válvulas mitral y aórtica.

Se introduce una guía metálica colocada en la arteria pulmonar a través de la vena femoral, se colocan dentro de la válvula estenótica uno o más balones de valvuloplastia, esto es en casos de valvuloplastia pulmonar, en cambio en valvuloplastia mitral, se hace una punción transeptal, es decir, de aurícula derecha a aurícula izquierda, seguida de una guía metálica al ventrículo izquierdo, a través de la válvula estenótica, se introduce el catéter con balón que se infla dentro de la válvula estenosada. La dilatación separa las comisuras fusionadas y aumenta la elasticidad de las valvas, aumentando así el área diastólica efectiva de la válvula. En la valvuloplastia aórtica el abordaje se hace a partir de la arteria femoral y del

paso retrógrado de una guía y un balón a través de la válvula.

- **Cambio valvular**

Se emplea este tratamiento cuando hay:

- Estenosis grave de la válvula mitral.
- Obstrucción mecánica de la válvula mitral.
- Estenosis e insuficiencia mitral.
- Calcificación valvular marcada.
- Edema pulmonar no controlable.
- Hipertensión pulmonar evidente, con hipertrofia del ventrículo derecho e insuficiencia congestiva temprana.
- Insuficiencia cardíaca derecha o insuficiencia tricúspide secundaria o valvulopatía mitral marcada.
- Insuficiencia progresiva de ventrículo izquierdo
- Síncope por isquemia cerebral.
- Insuficiencia cardíaca progresiva grave por endocarditis infecciosa.
- Insuficiencia tricúspide secundaria a valvulopatía mitral grave.

El remplazo de válvulas naturales por artificiales han salvado muchas vidas; sin embargo, en la medicina actual, el remplazo de válvulas no ha sido tan bueno como las válvulas naturales. Las válvulas protésicas han sido utilizadas por varias décadas.

En relación a la manufactura de las válvulas cardíacas se ha realizado un estudio magnífico, las válvulas son consideradas exitosas cuando funcionan por 20 años o más. Hay dos tipos generales de válvulas: las mecánicas y las bioprotésicas (por lo regular porcinas).

Las válvulas mecánicas duran buen tiempo pero las personas requieren estarse anticoagulando durante toda la vida. Están indicadas en pacientes con menos de 60 años. Entre ellas encontramos la Starr-Edwards, Björk-Shiley, Medtronic-Hall, St. Jude.

Las válvulas bioprotésicas no requieren de un largo tiempo de anticoagulación (se suspende luego de tres meses), pero frecuentemente habrá que reemplazarla, durando alrededor de 10 años. Estas válvulas están contraindicadas en pacientes menores de 30 años, por su deterioro rápido, y en

cambio son más útiles en pacientes mayores de 65. Están indicadas también en mujeres que piensan quedar embarazadas y en otros casos en que esté contraindicada la anticoagulación. Se calcifican con rapidez en niños, jóvenes y pacientes que padecen de insuficiencia renal. Estas válvulas son: Hancock, St. Jude, Carpentier-Edwards, Ionescu-Shilley.

Los problemas más frecuentes que acompañan a las prótesis valvulares son trombosis, escape paravalvular, endocarditis y cambios degenerativos de las válvulas porcinas.

La anticoagulación es un proceso de prevención para la presencia de trombos o coágulos. Sabemos que el cuerpo tiene un mecanismo de coagulación natural. Este proceso de coagulación es más común en válvulas mecánicas, en presencia de fibrilación. Nos puede desencadenar una serie de complicaciones como infarto miocárdico, tromboembolia masiva pulmonar, evento vascular cerebral, entre los más graves.

Los tipos de anticoagulantes son: oral, subcutáneo e intravenoso:
Warafina, Heparina (intravenoso), Enoxiheparina (subcutáneo)

Antiagregantes plaquetarios, Aines: Asa Protec

Agentes trombolíticos potentes: Estreptoquinasa, Urocinasa

• **Trasplante Cardíaco:**

Este procedimiento se utiliza cuando hay una "afección miocárdica difusa e irreversible en la que encontramos ya una pérdida completa de su reserva sistólica, es decir, en un choque cardiogénico o miocardiopatía dilatada en fase terminal de cualquier tipo. Desde el punto de vista médico, el paciente se encuentra en insuficiencia que no revierte, esto puede ser en clase funcional III o IV según la New York Heart Association, por lo cual se supone que es improbable que viva más de un año. El trasplante cardíaco es entonces el método extremo para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca refractaria por daño miocárdico irreversible" (Cfr. p.472 Guadalajara 1997)

Desde la introducción de ciclosporina en 1980, y el desarrollo de los regímenes inmunosupresores triples, con dosis bajas. El manejo actual incluye inmunosupresores, biopsias endomiocárdicas seriadas para un diagnóstico y

manejo más preciso del rechazo. Habrá de tenerse en cuenta que una infección es la causa principal de muerte.

La selección de enfermos adecuados para el trasplante cardíaco ha sido limitada para excluir a enfermos diabéticos, por lo difícil que sería mantener la glicemia normal por la utilización de esteroides, mayores de 50 años con antecedentes de embolia pulmonar reciente, hipertensión pulmonar, infarto pulmonar, infección activa, enfermedades neoplásicas o septicemia con anticuerpos previamente formados contra tejidos del donador.

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Sabemos que la enfermería, como otras ciencias, ha llevado todo un proceso en el que se incluyen situaciones tanto positivas como negativas; todo proceso conlleva estas dos características que van delimitando su acción. Los avances que se han logrado, con el tiempo, son muy significativos; en relación al autocuidado, la representante de esta teoría, Dorothea Orem al ir gestando su idea, tiene una idea de cómo puede una enfermera proporcionar cuidados dependiendo de la situación del enfermo, la labor, por lo tanto irá encaminada a ayudar al paciente a realizar acciones en bien de su salud, así como involucrar a sus familiares o amigos a hacer algo por el paciente.

Orem, busca una respuesta a la necesidad de recibir cuidados y ve que una persona en sí tiene necesidades de cuidados diarios y estas necesidades se acentuarán cuando no logra satisfacerlas. Ella tiene la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos, la vida diaria puede convertirse en un proceso automático; el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se mantienen y están condicionadas por muchos factores, incluyendo la edad, maduración y cultura. Algunos factores que modifican lo anterior son el estado de salud o sus condiciones ambientales, los efectos de los cuidados médicos y otros factores.

Por 1975 Orem es homenajeada con el título honorífico de doctora en ciencias por la Universidad de Georgetown, entre otros títulos recibe además el premio Linda Richard, que le fue concedido por la National League for Nursing en 1991; así como el nombramiento como miembro honorario de la American Academy of Nursing en 1992. De esta forma su recorrido profesional la capacita para continuar con la idea del desarrollo de su teoría, trabajando en ella sola o en colaboración con otros colegas. Se dedica a impartir conferencias y a la redacción de artículos sobre elementos de su teoría; además de ayudar a la estructuración de procesos de enfermería en la práctica, de acuerdo a su teoría ya de forma práctica.

Para lograr fundar su concepto de autocuidado, Orem se basa en la idea de que los individuos inician el cuidado de manera voluntaria e intencionada. Dentro del ambiente diario de la vida, "todo grupo social, ya en un proceso de

maduración lleva a cabo acciones aprendidas, estas van dirigidas hacia sí mismas para lograr controlar factores que interfieran en el propio desarrollo normal, lo que representa la salud, el automantenimiento y el bienestar personal” (Orem 1993). El autocuidado es un proceso activo requiere que las personas sea capaces de usar la razón para reconocer su estado de salud así como los recursos con que cuentan para elegir un curso de acción apropiado.

Esta teoría centra sus premisas en cuatro suposiciones previas que van en relación a la igualdad de condiciones, en este sentido hay una igualdad en las capacidades para desarrollar habilidades, intelectuales y prácticas que logran poner en práctica tanto para su autocuidado como para el cuidado dependiente de algún miembro de su familia. Otra de las premisas se refiere a que los elementos para satisfacer los requisitos de autocuidado son tomados de la misma cultura, por lo mismo van a variar dependiendo de los individuos y de los grupos humanos. Una tercera premisa se enfoca a que al haber miembros de la familia que requieren cuidados dependientes, las acciones que dicha familia realiza en ese momento, son las que acostumbra hacer en determinadas circunstancias. La última premisa nos habla de que al haber un requisito de autocuidado sin satisfacer, conduce a la búsqueda de vías para satisfacer los requisitos ya identificados y para formar hábitos de cuidado.

De igual manera como hay una serie de premisas en que se basa el autocuidado, existen varias proposiciones que le sirven como principios y bases para una investigación dinámica estos nos hablan de que el autocuidado es concebido como una función reguladora humana que se lleva a cabo de manera libre y con un cierto grado de complejidad y efectividad, además que se basa en un cierto conocimiento humano, así como de su respuesta ante determinada demanda de cuidado, las posibilidades que le permitan mantenerse en salud y bienestar. Implica también el uso de recursos dirigidos a mantener un funcionamiento y desarrollo interno en que pueda mantenerse en óptimas condiciones ante la intervención de factores y fuerzas ambientales. El autocuidado surge de una serie de actividades que acostumbra realizar la persona hacia sí misma o hacia su entorno, en ocasiones la persona no logra observarlas, en cambio quienes le ven actuar si pueden identificar esas acciones. Ahora bien, una serie de acciones pueden ser analizadas y llegar a convertirse en un sistema de autocuidado, siempre que dichas acciones se identifiquen de forma ordenada y que los resultados sean favorables y lleven un proceso. Al analizar los componentes del sistema de autocuidado vemos que son una serie de tareas

necesarias para usar los medios apropiados y seleccionados adecuadamente para satisfacer las demandas existentes y cambiantes de requisitos de autocuidado.

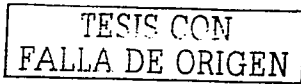
Luego de analizar las proposiciones para el autocuidado, hemos de tener en cuenta que este autocuidado tiene una secuencia, ya que se realiza con el propósito de contribuir a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

El autocuidado se conceptualiza como una conducta y en esto encontramos que hay situaciones que afectan dicha conducta de autocuidado como son el autoconcepto y el nivel de madurez de la persona, la influencia que ha tenido la cultura en relación a los objetivos y prácticas que se realizan; el concepto personal que se tiene de salud, el ambiente familiar o social; el que el individuo quiera o no ocuparse de acciones de autocuidado; la falta de conocimiento del autocuidado o las acciones que se llevan a cabo para satisfacer requisitos de autocuidado que no sean las adecuadas o que limitan la acción de la persona para su autocuidado o para cuidar a otras personas.

Se nos habla que una acción de autocuidado incluye la búsqueda de cuidados médicos y la participación en estos mismos. Orem nos menciona dos elementos que identifica al autocuidado, uno nos dice que es el factor a controlar y este dirigido para mantener aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos de los individuos y esto dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. Otro elemento es el que se refiere a especificar la naturaleza de la acción que se ha de realizar. El autocuidado va enfocado a llegar a establecer comunicación con el entorno, utilizando los recursos como el agua, alimentos, fármacos, que se incluyen en el ambiente físico y social saludable.

4.2.1 REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO

Estos son expresiones de los tipos de autocuidado intencionado que el individuo requiere, son expresiones de los objetivos a lograr. Hay que tener en cuenta que los requisitos de autocuidado deben conocerse antes de que puedan servir como propósito de autocuidado. Ante un requisito universal un apersona se involucra en el autocuidado cuando conoce y buscará además las maneras de llevar a cabo la satisfacción de esa necesidad personal y han de llevar una secuencia lógica que nos ayude a lograr nuestro objetivo. Los requisitos de



autocuidado universales deberían ser conocidos por toda persona madura que sea capaz de ser enseñada. Lo del desarrollo idealmente deberían ser idealmente conocidos, aunque el inconveniente es que al momento de seleccionar este tipo de requisitos puede no ser tan efectivo. En cuanto a los de desviación de la salud han de ser conocidos por quienes cuentan con alteraciones de la salud, o por familiares o conocidos de personas con esta desviación.

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado y son:

- **Requisitos de Autocuidado Universal:**

Estos son comunes a los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros. Estarán asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos y al bienestar general.

Se nos habla de ocho requisitos comunes a todos los seres humanos y estos incluyen:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

(Orem 1993)

Estos requisitos logran mantener un equilibrio en el funcionamiento humano, apoyan además el desarrollo y maduración humanos. Vemos en relación a los tres primeros requisitos de agua, aire y alimentos, al mantenerse en un aporte suficiente nos proporcionan la posibilidad de seguir produciendo energía y un adecuado funcionamiento del metabolismo; en relación a los cuidados asociados a los procesos de eliminación y excreción el fin es mantener una regulación y un control en los materiales que se desechan. El equilibrio entre

actividad y reposo se encargan de equilibrar el gasto de energía, el equilibrio entre la soledad y la interacción social, proporciona momentos de intimidad y espacios para reflexionar, así como la posibilidad de expresarse e intercambiar ideas y creencias, lo que ayudará a lograr una sensación de seguridad y realización. La prevención de peligros contribuye a mantener la integridad humana. Y la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos (promoción de la normalidad), facilita condiciones que llevan a las personas a sentir y conocer su individualidad, su libertad y responsabilidad como seres humanos, implica además que el individuo tenga un autoconcepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo.

- **Requisitos de Autocuidado del Desarrollo:**

Estos están asociados con los procesos de desarrollo humanos y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo.

Orem identifica este grupo clasificándolo en dos, uno que se refiere a las etapas específicas del desarrollo; el cual va relacionado a el desarrollo normal de la persona que la encamina a la maduración, entre estas etapas menciona la vida intrauterina, neonatal, lactancia, etapas de la infancia, adolescencia y adulto joven, etapas de desarrollo de la edad adulta y embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta. Menciona Orem que aunque en estas etapas se presentan los requisitos de cuidado universal, sin embargo, se pueden presentar requisitos propios de estas etapas. La otra clasificación es en relación a las condiciones que afectan el desarrollo humano, esto va primeramente en la etapa prenatal, en que un embarazo distósico puede alterar al desarrollo normal de una persona, o los peligros en torno del ambiente extrauterino. El que se presenten alteraciones a estos niveles, incrementan la demanda de autocuidado.

- **Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud**

Están asociados con defectos constitucionales o genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

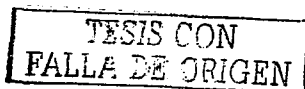
Este tipo de requisitos los sufren individuos enfermos o lesionados, que además han de estar bajo diagnóstico y tratamiento médicos. en relación a esto, los individuos que sufren desviación de la salud requieren de la búsqueda de consejo o de otras personas que les proporcionen cuidados cuando ellos se sienten incapaces de satisfacer sus propias necesidades. Se espera pues en estos casos que la persona colabore en la intervención terapéutica que se le ofrezca; que en un dado caso que el paciente requiera de cuidados en su totalidad o dependa casi totalmente de otros, pasará de agente de autocuidado a receptor de cuidados. Si el padecimiento se extiende con el tiempo, esto irá determinando el tipo de demanda de cuidados que requerirán los individuos que sufren condiciones patológicas.

Habrà que tener en cuenta que una lesión no afectará solamente a la estructura específica, sino que habrá de por medio mecanismos fisiológicos y psicológicos, así como el mismo tratamiento médico puede crear incapacidad o desfiguración. Así que también el dolor, el malestar, la frustración van a requerir de autocuidado. Si se va a incluir el estado de salud en estos requisitos, entonces la enfermera deberá tener conocimientos en relación a patologías así como su comportamiento y el tratamiento que requiere, los efectos que genera el tratamiento, para, de esta forma poder proporcionar una ayuda efectiva a las personas que requieren su cuidado o la orientación para su autocuidado. Al llegar la lesión a afectar la imagen corporal el individuo deberá cambiar entonces su autoconcepto, para lograr adaptarse a su nueva situación, así como aprender a vivir con los efectos que surjan de su estado de enfermedad.

Al satisfacer dichos requisitos, se logra un apoyo en los procesos vitales y las necesidades diarias; en los diversos ciclos de la vida, apoyan además el desarrollo del individuo según sus capacidades y potencialidades, previniendo complicaciones, lesiones y estados patológicos; promueven de esta forma el bienestar general.

- *Demanda de Autocuidado Terapéutico*

En relación a la demanda de autocuidado terapéutico se nos dice que "la persona enferma o incapacitada requiere cuidado total o parcial por parte de otros (o ayuda en forma de educación sanitaria o guía) dependiendo de su propio estado de salud y de los requerimientos de autocuidado inmediatos o futuros" (Orem 1993)



Como ya hemos mencionado, quienes cuidan de si mismas, de su salud y bienestar, son las personas maduras; sin embargo hay quienes requieren de cuidados completos o ayuda en su propio cuidado. El cuidado de otros es dado por parte del adulto que proporciona bienestar y salud a los miembros dependientes del grupo social adulto.

Para requerir pues una demanda de autocuidado terapéutico, es necesario investigar y juzgar lo que debería hacerse par satisfacer una demanda de autocuidado; esta demanda será satisfecha de acuerdo a una serie de acciones de autocuidado continuo que nos lleven a una efectividad progresiva. "La demanda de autocuidado terapéutico es un cálculo en un momento específico de grupos de acciones que se cree y tienen validez y fiabilidad en el control de los factores que afectan al funcionamiento y desarrollo humanos" (Orem 1993). Entendemos como cálculo aquellos datos sobre los individuos y sus situaciones vitales, y en relación a control, hablamos de mantener los factores en niveles compatibles con la vida, el desarrollo y el bienestar humanos. la demanda de cuidado terapéutico puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se saben que existen para un paciente y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos.

4.2.2 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES

Estamos hablando aquí de las características distintivas de los seres humanos, los factores internos y externos a los individuos que llegan a afectar sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. O que llegan a disminuir la calidad del autocuidado requerido, dichos factores son, la edad, el sexo, el estado de desarrollo, de salud, la orientación sociocultural, el diagnóstico y tratamiento médico, factores del sistema familiar, el patrón de vida, factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.

En el momento en que la enfermera interviene en el autocuidado, será necesario no pasar por alto dichos factores, ya que de esto depende el éxito de las acciones encaminadas al autocuidado terapéutico.

Las personas deberán reconocerse como necesitadas de la regulación de su desarrollo, habrá que aceptarse a sí mismas con estas necesidades y desearlas de los medios para satisfacerlas, tendrán que buscar los medios requeridos para

ello. El adulto poco a poco llega a tener una comprensión acerca de sus propias demandas de autocuidado según va acumulando experiencias. Cuando una persona adulta está brindando cuidado dependiente a algún familiar o amigo, deberá ser capaz de derivar y calcular las demandas de autocuidado de las personas que están bajo su cuidado.

Las demandas de autocuidado terapéutico van a ir variando dependiendo de la estabilidad de sus componentes, teniendo en cuenta que el individuo tiene necesidades diferentes día con día, la demanda de autocuidado estará en flujo constante. Para esto, en dado caso de que la persona realice el autocuidado sobre si misma, requerirá de la presencia de enfermeras expertas que le orienten y de esta forma logren proteger su vida, salud y bienestar.

4.2.3 CONCEPTOS BÁSICOS

Cuidar: el sentido que se le da aquí a la palabra cuidar es el de brindar cuidados, prestando también una cierta atención a otros significados.

Brindar cuidados: velar por, ser responsable de, prever, encargarse de una persona o cosa

La enfermería como cuidado: brindar cuidados es una expresión de uso común empleada por las enfermeras para significar lo que hacen en beneficio de otros. A veces se usa sin el término descriptivo de enfermería. Algunas enfermeras prefieren referirse a lo que hacen como cuidado del paciente, cuidado del cliente o cuidado de salud. el uso de estos términos no identifica de forma alguna lo que se está haciendo como enfermería

Auto: el ser humano completo.

Autocuidado: para uno mismo, realizado por uno mismo. La práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras o en proceso de maduración emprenden, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar. Velar continuamente y proveerse de medios para cubrir las propias necesidades de regulación de funcionamiento y desarrollo. Es la actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Conducta que existe en situaciones concretas de la vida, por las personas dirigida

hacia sí mismas o hacia el entorno, el beneficio de su vida, salud o bienestar. Velar continuamente y proveerse de medios para cubrir las propias necesidades de regulación de funcionamiento y desarrollo.

Cuidado dependiente: es una actividad orientada por adultos responsables, para individuos socialmente dependientes.

Demanda de autocuidado terapéutico: esta se refiere a la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y un momento determinado y en un tiempo específico, para cubrir los requisitos de autocuidado de los individuos, en relación con sus condiciones y orientaciones.

Bienestar: condición subjetiva de la existencia personal que incluye las experiencias de satisfacción, el placer y la felicidad de la persona, así como las experiencias espirituales, el avance en la satisfacción del propio ideal y el desarrollo personal continuo.

Normalidad: se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.

4.2.4 ETAPAS DEL PROCESO SEGÚN EL AUTOCUIDADO

Para lograr desarrollar las acciones de enfermería de forma planeada y estructurada, basándonos en la teoría de Orem, tomemos en cuenta que cada enfermera determinará como adoptar y trabajar el modelo, se pueden, por tanto usar diversas formas y composiciones para planificar los cuidados. Para lo anterior Stephen (1995) nos proporciona una guía para la planificación de los cuidados actuales, y de esto, tenemos lo siguiente:

Información previa

- Evaluar las influencias biológica, social, psicológica y cultural en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
- Identificar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- Identificar las necesidades de información del paciente y la familia y su capacidad de aprender.

- Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

Valoración:

- Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
- Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
- Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
- Apreiciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
- Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
- Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
- Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente y las razones de su existencia.
- Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
- Desarrollo objetivos de cuidados de enfermería basados en los déficit de autocuidado identificados.

Planificación:

- Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
- Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.
- Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
- Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar los déficit de autocuidado del paciente.
- Proporcionar los recursos apropiados requeridos por el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

Ejecución:

- Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.

- Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
- Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
- Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
- Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

Evaluación:

- Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
- Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidado del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
- Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
- Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.

V CASO CLÍNICO

METODOLOGÍA

Se revisará el caso clínico de un paciente con patología de Cardiopatía Reumática Inactiva, complicándose con Valvulopatía, y que dicho problema valvular lo llevo a manifestar Insuficiencia Cardiaca; captado en la Tercer Piso, Cardiología Adultos "A", del Instituto Nacional de Cardiología, "Ignacio Chávez". Se aplicará un instrumento que nos permita recolectar la información necesaria para detectar déficit de autocuidado en el paciente, en este caso el instrumento será un cuestionario de forma cerrada y una entrevista informal focalizada exclusiva, luego de que se haya obtenido esta información se desarrollará un plan de Atención; para lo cual se revisarán las categorías diagnósticas de Enfermería aprobadas por la NANDA y se tendrá como base la teoría del Autocuidado (según Dorothea Orem), se analizarán los ocho requisitos universales que propone dicha teoría y según se requiera, se revisará su expediente, al ser dado de alta se llevará a cabo un plan de egreso; se realizarán dos visitas a domicilio con una frecuencia de ocho días, esto nos ayudará a monitorizar si en verdad se logra adaptar un plan de autocuidado en el paciente una ves de que se integra dentro de su rol familiar.

CRONOGRAMA

PRIMER VALORACIÓN EXHAUSTIVA

- | | |
|---------------|--|
| 26 julio 2003 | Aplicación del instrumento para recolección de la información. |
| 26-30 | Interpretación de la información y detección del déficit de autocuidado. |
| 1-2 Julio 03 | Diagnósticos de Enfermería y acciones pre y postcateterismo. |
| 3-4 Julio 03 | Análisis de las intervenciones de Enfermería trans y posquirúrgicos. |

VALORACIÓN FOCALIZADA

- | | |
|-----|---|
| 5-9 | Intervenciones de Enfermería encaminados a promover el autocuidado en el paciente en recuperación de cirugía. |
|-----|---|

5-10

Intervenciones de Enfermería encaminadas a la adaptación del paciente a su vida diaria. Se proporcionará al paciente un plan de egreso para que lo realice una vez dado de alta.

18 julio de 2003

1ª evaluación del plan de egreso y modificación de mismo de ser necesario.

2ª evaluación del plan de Egreso y cierre del caso.

VI DATOS DEL PACIENTE

6.1 HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Anastasio Mendoza Hernández

Registro: 262102

Edad: 49 años

Originario: de Atlacomulco Estado de México, y residente de México D.F.

Dirección: Río San Buenavista, M. 27, L. 17, Ejidos de San Pedro Mártir Tlalpan. México, D.F.

Estado civil: casado

Religión: católico

Estudios: 5 de primaria

Ocupación: chofer por 25 años, actualmente en una Tlapalería que les facilitó su suegro.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Abuelo paterno: fallecido a los 65 años, desconoce la causa.

Abuela paterna: fallecida a los 70 años, desconoce la causa.

Abuelo materno: fallecido a los 75 años, desconoce la causa.

Abuela materna: fallecida a los 80 años, desconoce la causa.

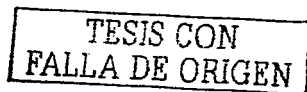
Padre: fallecido a los 39 años, en accidente automovilístico.

Madre: fallecida a los 32 años, por hidropesía.

Hermanos: 2 vivos de 52 y 36 años, sin padecimiento aparente.

Hijos: 4 masculinos, el de 11 años fue operado de colecistectomía, el mayor padece hiperuricemia.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:



Masculino de 49 años originario del Distrito Federal, fue registrado en el Estado de México en Atlacomulco, pero siempre ha residido en el D.F., escolaridad primaria, religión: Católica, estado civil: casado, conductor por 25 años, hace tres años que trabaja en una tlapalería que les prestó su suegro, habita en casa prestada, cuenta con todos los servicios públicos, su casa es de mampostería, cuenta con tres recámaras, con adecuada ventilación, un patio, una sala — comedor, cocina, conviven con dos cachorros y pájaros, su alimentación es más o menos balanceada actualmente, ya que durante el tiempo que fue conductor, su alimentación consistía en abundantes carbohidratos y grasas; alcoholismo positivo crónico, intenso desde los 17 años hasta hace tres años que lo suspendió debido a que comenzó con síntomas que él atribuyó al alcoholismo, fumador de 4 cigarros al día hace aproximadamente 20 años, niega otras toxicomanías.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Niega alergias y transfusiones, quirúrgicos negados, el paciente refiere infecciones repetidas de las vías aéreas altas durante la adolescencia, estas se acompañaban con fiebre y dolor de articulaciones, nunca se le diagnosticó Fiebre Reumática, el refiere que se trataba con penicilina pero de manera irregular, durante un corto tiempo; se le diagnosticó Hipertensión Arterial Sistémica desde hace 5 años tratada con captopril.

PADECIMIENTO ACTUAL

En febrero de este año, acude a urgencias por presentar incremento de la disnea, de medianos a mínimos esfuerzos, no refiere disnea paroxística nocturna, se valora y se ajusta diurético; el 2 de junio se presenta a urgencias por dolor en epigastrio lo que le dificulta el consumo de alimento, refiere debilidad de extremidades, además de ir en aumento la disnea, hasta de mínimos esfuerzos, estos son acompañados de palpitaciones rápidas de aproximadamente 2 horas de duración, además dolor en área precordial luego de que disminuían las palpitaciones, aún refiere que al estar recostado sobre su lado derecho el dolor se manifiesta nuevamente. Ortopnea de más de 3 almohadas, disnea paroxística nocturna frecuentemente durante la noche, de forma que en ocasiones duerme sentado. Refiere astenia y adinamia luego del cuadro antes mencionado, lo que lo obliga a recostarse en su rato con lo que se disminuyen un poco sus molestias y continúa con su trabajo.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Organos de los sentidos: niega síntomas a este nivel.



Cardio-respiratorio: disnea de medianos y pequeños esfuerzos, ortopnea de 3 almohadas, disnea paroxística nocturna.

Vascular: niega síntomas a este nivel

Digestivo: por el momento niega algún malestar.

Genital: niega malestar.

Hemolinfático: niega malestar

Endócrino: niega síntomas a este nivel.

Sistema Nervioso: niega síntomas a este nivel.

Tegumentos: niega síntomas a este nivel.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos vitales T/A 110/90, T° 36°C, FC: 140x', FR: 20x', hábito exterior, masculino, con edad aparentemente igual a la cronológica, adopta el decúbito dorsal, se moviliza sin dificultad, no se observa claudicación, íntegro, sin fascies característica, con ligera dificultad respiratoria, cooperador al manejo, hombros simétricos, curvaturas de columna las normales, extremidades simétricas.

Cabeza: normocéfalo, no se palpan masas ni agregados, pelo bien implantado, pupilas reactivas a la luz, conjuntivas normocrómicas, no alteraciones a este nivel, conductos auditivos permeables, mucosas nasales adecuadas, orales semihidratadas, se observa con ausencia de algunas piezas dentales y amalgamas en algunas otras.

Cuello: con traquea desplazable, no incremento de amígdalas, con plétora Yugular II grado.

Tórax: movimiento de amplexión y amplexación normales, murmullo vesicular adecuado, no se perciben estertores, se ausculta choque de punta por ápex del corazón un poco desplazado hacia la izquierda de la Línea Media Clavicular y en 6° espacio intercostal izquierdo. A la auscultación se percibe el paciente en Arritmia Completa por Fibrilación Auricular de conducción rápida, se percibe un soplo más audible en foco mitral que se irradia incluso a nivel axilar, abdomen blando depresible con peristalsis presente, con hepatomegalia, 2cm por abajo del borde costal derecho. Miembros superiores sin edema, con adecuado tono y movilidad, miembros inferiores con edema maleolar discreto, con buen tono muscular, buen llenado capilar.

6.2 NOTAS DE EVOLUCIÓN MÉDICAS

17 agosto 2000 Urgencias

En este tiempo acude por presentar palpitaciones esporádicas causadas por el esfuerzo y el reposo, así como presencia de disnea de grandes a medianos esfuerzos, de un mes de evolución, no refiere ortopnea, ni disnea paroxística nocturna, no ha presentado edema de miembros inferiores, niega dolor precordial.

A la exploración física con una T/A de 120/80mmhg, FC.: 100x', no hay evidencia de plétora yugular,, campos pulmonares sin compromiso, precordio con soplo sistólico, así como soplo expulsivo aórtico. Abdomen sin visceromegalias, extremidades sin datos de edema.

El electrocardiograma muestra arritmia por fibrilación auricular 100x', no hay datos de isquemia.

El tratamiento consistió en captopril una tableta diario, sintrom según esquema, digoxina 1 tab. lunes a viernes descansa dos días, lasix 20mg cada 12 horas.

4 noviembre 2000 consulta externa

- P el señor Anastasio de 46 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial sistémica, no tuvo brote de Fiebre Reumática, su cuadro clínico se caracteriza por la presencia de disnea progresiva hasta los pequeños esfuerzos y palpitaciones hasta de 2 horas de duración.
- S ha mejorado su clase funcional, tiene disnea leve de medianos esfuerzos, refiere que han disminuido también las palpitaciones y la fatiga de las extremidades.
- O se encuentra con una T/A 120/70, FC.: 85x', FR: 16x', ruidos cardiacos arrítmicos, con un soplo regurgitante mitral grado I/IV y no se detecta escape aórtico. Tiene un soplo regurgitante tricuspídeo de grado ligero. No tiene estertores, no datos de congestión venosa sistémica. Se le realizó Ecocardiograma transtorácico: AI: 43mm, DDVI: 59mm, DSVI: 36mm, FEVI: 67%, AVM: 1.7mm², gradiente medio de 5mm/Hg, Insuficiencia de grado moderado, Insuficiencia Tricuspídea ligera.
- A clínicamente tiene Estenosis Mítral sin repercusión hemodinámica, no hay dilatación de cavidades de forma importante, el área valvular mitral no implica gravedad, no amerita tratamiento quirúrgico en este momento,

se mantendrá en vigilancia en consulta externa.

- P iniciar cardioversión farmacológica con Sotalol, nuevo ecocardiograma para intentar cardioversión eléctrica. Mismo tratamiento:
Sotalol 180mg cada 12 horas.
Captopril 50mg cada 8 horas.
Inderalici: 1 cada 12 horas.
Lasix: una diaria
Lanoxin: 1 diaria.
Sintrom: según esquema

8 de diciembre 2000 Urgencias:

Masculino de 46 años no ha tomado Sotalol. El día de hoy tras ingerir alimentos presenta malestar abdominal, náuseas, vómito en una ocasión y posteriormente posterior a reflejo vagal (pujar) presentó diaforesis y cefalea. Motivo por el que acude, se encuentra frecuencia cardíaca de 110x', descontrol de Tensión Arterial. Como tratamiento a seguir solo se ajusta el captopril 2.5mg cada 8 horas.

28 de febrero de 2001 Urgencias

Tiene 72 horas con mareo al tomar la posición de pié y con el decúbito, además el problema se acompaña de astenia, adinamia, suspendió Sotaper por motivos económicos, inició tratamiento el día de ayer. Sus signos vitales fueron: T/A: 130/80, FC: 80x', FR:18x'. Se encuentra mareo postural paroxístico (vértigo); se mantendrá con el mismo tratamiento se propone Ecocardiograma transesofágico para valorar cardioversión eléctrica.

15 marzo 2001 Consulta Externa

El día de hoy se valoran los resultados del Ecocardiograma, no hay trombos intracavitarios; el paciente se encuentra asintomático, en calse funcional I NYHA, no es quirúrgico aún; se planea ineterarlo vía consulta externa para su cardioversión eléctrica.

Este día se interna en el Tercer Piso Adultos "A" se le realiza la nota de ingreso en que se menciona que se ha internado para cardioversión eléctrica pero hay la posibilidad de que vuelva a manifestarse la misma arritmia debido al tiempo en que se detectó la arritmia y el problema de vavulopatía.

Se valora por el servicio de arritmias, se sugiere suspender sotalol, repetir tiempos de coagulación para intentar cardioversión eléctrica.

19 marzo 01 nota de evolución

En este día se valora el electrocardiograma que detecta eje 90° en Fibrilación Auricular. La Placa de Rayos X muestra hipertensión capilar pulmonar y cardiomegalia grado I-II, ecocardiograma: un gradiente transmitral de 19mm/Hg y medio de 7mm/Hg, con Area Valvular Mitral de 1.7cm², Doble lesión Mitral, con Insuficiencia moderada, Insuficiencia Tricuspídea y Aórtica ligeras. Se menciona que debido al tiempo de la arritmia y los factores que harán pronta la recidiva de la Fibrilación se decide replantear el caso y realizar estudios de cateterismo para corroborar hallazgos y en dado caso proponer o descartar la opción quirúrgica.

Se realiza cateterismo diagnóstico y se encuentran arterias coronarias epicárdicas normales.

Sin Hipertensión Arterial Pulmonar.

Insuficiencia Mitral Moderada, gradiente transmitral de 8mm/Hg.

Insuficiencia Aórtica ligera a moderada.

Se observa Obstrucción a nivel de Arteria Iliaca derecha externa hay gradiente de 30mmHg entre aorta abdominal y femoral derecha.

Se decide egreso del paciente y continuar en observación por consulta externa, arritmias sugiere continuar con el Sotalol.

21 de junio de 2001 Urgencias

Hace 15 días se volvió a presentar a trabajar como chofer y por las tardes presenta disnea de medianos esfuerzos, tos con expectoración blanquecina y fétida, se encuentra una T/A: de 150/90, se aumenta dosis de Captopril 1 cada 8 horas.

30 de agosto 2001 Consulta Externa

Refiere disnea de medianos esfuerzos palpitations y fatiga laboral. Con una TA de 140/90 FC de 90x', requiere de diurético, clase funcional deteriorada, no se encuentra indicación de cirugía. Se ajusta dosis de sotaper, se enviará a Psiquiatra.

17 diciembre 2001 Urgencias

Refiere 2 meses de deterioro de su clase funcional actualmente clase funcional II, solo se valora. El plan es aumentar el diurético, para valorar respuesta, parece quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Durante el 2002, acude continuamente a urgencias por disnea que se acentúa cada vez más, llega a presentar ortopnea, disnea paroxística nocturna, palpitaciones ocasionales, en ocasiones suspende el tratamiento por su situación económica, no plétora yugular, no hay presencia de visceromegalia, no hay edema de miembros inferiores; solo se ajusta tratamiento no se menciona cirugía.

27 de febrero 2003 urgencias

Refiere incremento de disnea a medianos y mínimos esfuerzos sin disnea paroxística nocturna. Ya en la exploración se detectó cuello con plétora Yugular grado II, campos pulmonares limpios, soplo tricuspídeo y mitral grado II/IV, hepatomegalia 2cm bajo de reborde costal derecho, extremidades sin edema, se ajusta diurético.

3 de junio 2003 urgencias

Signos vitales TA 130/90, FC: 110x', FR: 18x'.

Acude por presentar pesantez localizada en epigastrio que dificulta el consumo de alimentos, sensación de debilidad en miembros inferiores y superiores, parestesias persistentes, además disnea progresiva hasta los mínimos esfuerzos, disnea paroxística nocturna e incluso ortopnea de 3 almohadas, niega palpitaciones, no hay presencia de fiebre. Se diagnostica CRI, DLM con predominio de la insuficiencia, Hipertensión Arterial Sistémica, Clase Funcional II NYHA, fibrilación auricular rápida remitida, se ministró lásix 40mg intravenosa, digoxina 1 ampula intravenosa, con lo que hay una adecuada respuesta, se envía a consulta externa para control y ajuste de tratamiento.

26 de junio 2003 Urgencias

Signos vitales TA 120/80mm/Hg, FC:110x'

Acude por deterioro progresivo de la clase funcional desde hace tres meses, siendo en los últimos días a una cuadra la disnea, ortopnea de 4 almohadas, episodios de disnea paroxística nocturna hasta tres veces por la noche cuello con plétora yugular grado II, ápex desplazado hacia abajo, hepatomegalia de 4 a 5cm, edema de miembros inferiores discreto.

Electrocardiograma: ritmo 118x', imagen de bloqueo de Rama Derecha, eje 120', crecimiento biventricular predominando el izquierdo.

Diagnósticos: CRI, DLM, Predominio de la Insuficiencia severa, DLaO leve,

Clase funcional III NYHA, con respuesta ventricular rápida.

Reumático secundario.

En este día es hospitalizado en Tercer Piso Adultos "A", el seguimiento en

piso es realizar un nuevo cateterismo y un Ecocardiograma y posterior a ello programación de cambio valvular Mítral.

27 junio 2003 Revisión

En las notas de evolución se refiere en el electrocardiograma: aún con Ritmo de 120x', eje de QRS +150°, dilatación biauricular, hipertrofia biventricular con sobrecarga diastólica.

El plan es actualizar Ecocardiograma, medir anillo tricuspídeo, coronariografía con el fin de presentarlo a sesión, la propuesta es de cambio valvular Mítral y Tricuspídeo.

1 julio de 2003 nota de revisión Medico quirúrgica:

Es presentado a sesión quirúrgica en presencia del director del piso así como médicos adjuntos, fue aceptado para cambio Valvular Mítral por válvula mecánica.

Este día es enviado a erradicación de focos sépticos a los servicios de dental y otorrinolaringología es dado de alta de ambos.

2 de julio de 2003 nota preoperatoria

Paciente programado para cirugía de cambio valvular mitral el día de mañana, solicitamos hemoderivados y pasará a quirófano en cuanto se solicite.

3 de julio de 2003 sala de operaciones

Como hallazgo de la cirugía se encuentra válvula mitra nativa con estenosis y fusión de las comisuras, así como una calcificación pequeña de la valva posterior. Se coloca electrodo de marcapaso temporal

Nota de anestesia

Se aplica línea arterial en radial izquierda se brinda inducción, relajación y suplemento anestésico a base de midazolam, pancuronio y fentanyl, se intuba al primer intento, sin complicaciones, punción yugular derecha se coloca catéter central e introductor, presenta una PVC basal de 12cmH₂O, se realizó exanguíneo de 2 unidades. Se inicia infusión de Dobutamin. Inicia cirugía se heparinizó con 21000u, se cánula, se cuantificó uresis 880ml, siendo hematurica al final de bomba. Se egresa intubado.

Evolución en TPO

El procedimiento no tuvo complicaciones y la evolución ha sido

satisfactoria, se extubó en las primeras 12 horas, ha tenido tendencia a la hipertensión por lo que aún se mantiene con Nitroprusiato, se inició betabloqueador, por hiperglucemia se inició infusión de insulina. Se suspendió dobutamina y ha mantenido gastos cardiacos normales (4.8 a 5.3) ha herida está limpia, el drenaje mediasinal es escaso, la uresis es adecuada y los laboratorios con hiperglucemia 230mg/dl, leucocitos: 19×10^4 a la 3.

Plan: retiro de drenaje, control de hiperglucemia y de la tensión arterial.

5 de julio de 2003 egreso de la TPO

Desde la llegada del paciente se logró extubar adecuadamente, con descontrol hipertensiva, que se logró controlar adecuadamente, actualmente el paciente sin alteración neurológica, ruidos respiratorios con ligera hipoventilación bibasal, sin estertores o sibilancias, ruidos cardiacos arritmicos por fibrilación auricular, adecuada frecuencia $80 \times$, con chasquido protésico normal y frote audible, uresis adecuada elevación de leucocitos 21000×10^4 a la 3.

Mismo día 5 de julio de 2003 Nota de reingreso a hospitalización 3er piso.

Alerta orientado, tórax con herida quirúrgica bien afrontada, sin secreción, a la palpación sin inestabilidad esternal, sin datos de infección, amplexión y amplexación normales, presencia de hipoventilación bibasal. Tele de tórax, no manifiesta derrame pleural.

Diagnósticos:

- I CRI DLM predominio de la Insuficiencia Grave, IAo ligera, cambio valvular mitral por prótesis On-x 27mm
- II FA. HAS. clase funcional II NYHA.
- III Reumático, congénito, postquirúrgico, esencial.

9 de julio de 2003 nota de fin de semana

Desde hace dos días ha presentado lipotimias, por las mañanas con fibrilación auricular rápida, hipotensión, diaforesis profusa y palidez generalizada, cede con el reposo, en cuestión de horas, clínicamente con chasquido protésico normofuncionante, no hay congestión pulmonar, ni hepatomegalia, ni edema. Por laboratorio leucocitos: 16×10^4 a la 3, INR 2.0', electrolitos normales, glucosa discretamente elevada, tele de tórax sin datos de congestión, el ecocardiograma: no muestra alteraciones relevantes.

10 de julio de 2003

Signos vitales normales, micción y evacuación adecuadas, tolera bien la vía

oral, eutérmico, sin datos de dificultad ventilatoria, consciente, orientado, herida quirúrgica limpia sin datos de infección o sangrado.

11 julio de 2003

El día de hoy es dado de alta, no presentó más incidentes, se le retira vía periférica, todos los resultados fueron negativos a alguna infección a cualquier nivel, los resultados de laboratorio fueron favorables.

6.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

ESTUDIOS DE LABORATORIO

26 de junio de 2003

Hemoglobina: 16.9g/dl
Hematocrito: 49%
TP: 22.4/13.4"
INR: 1.96"

cloro: 103mEq/L
Sodio: 136mEq/L
Potasio: 3.9mEq/L

2 de julio de 2003

Hemoglobina: 17.4g/dl
Hematocrito: 51.3%
Plaquetas: 180x10 a la 3
TP: 14/13"

TTP: 36/33"
INR: 1.66"
Potasio: 3.9mEq/l
Glucosa: 289mg/dl

3 de julio de 2003

Hemoglobina: 13.2g/dl
Hematocrito: 38%
Plaquetas: 130x10 a la 3
Creatinina: 1.1mg/dl
Leucocitos: 7.7x10 a la 3

Potasio: 4.5mEq/l
Glucosa: 351mg/dl
Urea: 18mg/dl
Cloro: 105mEq/L

4 de julio de 2003

Leucocitos: 19.6x10 a la 3
Hematocrito: 33.0%
Hemoglobina: 11.4g/dl
Sodio: 136mEq/L

glucosa: 216mg/dl
N. Urea: 9mg/dl
cloro: 109mEq/L
potasio: 4.8mEq/L

pH 7.38

HCO3: 23.6

pCO₂: 4.0
PO₂: 92%

SBC: 22.9
ABE: -1.0

5 de julio de 2003

Hemoglobina: 11.0 g/dl
Hematocrito: 32.1%
Leucocitos: 21.4 x10⁶ la 3
Plaquetas: 139 x10³ la 3
TP: 14.7/13.4"
TTP: 36.2/34.1"

glucosa: 293mg/dl
Urea: 16mg/dl
Creatinina: 0.9mg/dl
Cloro: 104mEq/L
Sodio: 139mEq/L
potasio: 4.6mEq/L

6 de julio de 2003

TP: 18.6/13.4"
TTP: 56/34.1"

Sodio: 131mEq/L
Potasio: 3.8mEq/L

7 julio de 2003

EGO: negativo
Hemoglobina: 12.9g/dl
Hematocrito: 38.5%
Leucocitos: 17.9x10⁶ la3
Plaquetas: 199x10³ la 3
TP: 27.6/12"
TTP: 69.4/33.2"
INR: 2.3"

Sodio: 137mEq/L
Potasio: 4.21mEq/L
glucosa: 177mg/dl
A. Urico: 6.4
Creatinina: 1.08

9 julio de 2003

Potasio: 3.9
TP: 23.3/13.5"
TTP: 45.4/34"

glucosa: 188mg/dl
INR: 2.04
Sodio: 133mEq/L

10 julio de 2003

TP: 25.1/13.5
TTP: 49.9/33.8
INR: 2.26

Glucosa: 163mg/dl
Potasio: 3.9

11 julio de 2003

Hemoglobina: 14.8g/dl TTP: 44/33.8"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hematocrito: 43% INR: 2.06"
Leucocitos: 16.7 Glucosa: 131mg/dl
Plaquetas: 301 Cloro: 102
TP: 23.4/13.5 Sodio: 134
Potasio: 3.9

ESTUDIOS DE GABINETE

ECOCARDIOGRAMA 26 de marzo de 2002

Doble lesión mitral con predominio de la insuficiencia área valvular mitral 2cm².

Insuficiencia aórtica ligera

Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada FEVI: 50%

HEMODINÁMICA 30 junio 2003 nota preliminar de hemodinámica

arterias epicárdicas sin lesiones angiográficas, PCP de 14mm/hg,

Doble Lesión Mitral predominio de la insuficiencia grave y Estenosis ligera, área valvular mitral de 1.4cm². Gradiente transvalvular Medio 5mm/hg.

Insuficiencia Aórtica Ligera sin gradiente transvalvular.

Hipertensión Arterial Pulmonar moderada con Presión Sistólica Arterial Pulmonar de 60mm/hg.

Arterias Iliacas Externas Bilaterales sin lesiones significativas.

ECOCARDIOGRAMA Este mismo día se realizó ecocardiograma encontrándose:

Doble lesión Mitral con predominio de la Insuficiencia severa, estenosis ligera. Engrosamiento de ambas válvulas 5mm. Movilidad limitada, aparato valvular mitral engrosado.

Insuficiencia Aórtica ligera.

Dilatación de cavidades izquierdas.

Hipertensión Arterial Pulmonar moderada.

FEVI: 55%

Gradiente máximo de 16, medio de 6mm/hg.

6.4 DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

I. **Cardiopatía Reumática Inactiva, Doble Lesión Mitral con predominio de la Insuficiencia severa, Doble Lesión Aórtica ligeras, Insuficiencia Tricuspidica, Hipertensión Arterial Sistémica.**

II. Fibrilación Auricular. Clase funcional II NYHA.
III. Reumático esencial.

6.5 DISCUSIÓN DEL MANEJO MÉDICO

Analizando las notas de evolución médicas, se puede constatar que no existió de manera continua un seguimiento de forma escrita, convirtiéndose en esto en un problema potencial para el paciente, ya que pudo haberse dejado algún dato relevante acerca de la evolución de éste, sin reportarse, y tal vez ignorándolo el personal de turno, tanto médico así como de enfermería. Lo anterior se puede apreciar al revisar que sobre todo cuando el paciente se encontraba en piso ya que por lo general el médico tratante solo realizó notas de fin de semana, omitiendo las notas de evolución diarias.

De alguna forma se puede apreciar que la evolución del paciente se fue deteriorando paulatinamente, en relación con su clase funcional, aunque ya el tratamiento farmacológico que desde un inicio se prescribió no logró estabilizar la condición hemodinámica del paciente de forma constante; en el año del 2003, este deterioro fue progresando rápidamente, lo que ameritaba cirugía quizá desde inicio de año. Sin embargo, se puede deducir que los médicos solamente dieron tratamiento de sostén realizándose la cirugía hasta el mes de julio del mismo año, por lo que se puede comentar que si se hubiera realizado a inicio de año la cirugía, se podría haber evitado que el paciente avanzara en su padecimiento hasta la clase funcional III.

También se pudo detectar en la revisión de las notas médicas que el paciente acudió más de 7 veces al servicio de urgencias debiéndose más de una vez a su arritmia, en estas ocasiones se intentó cardioversión farmacológica con sotalol sin lograr un éxito, ya que uno de los factores que influyó fue el económico, sin embargo, llama la atención que después de operado el paciente, vuelve a presentar arritmia de conducción rápida acompañada de cefalea intensa, diaforesis profusa y astenia; los médicos como alternativa tomaron un Ecocardiograma descartando trombos intracavitarios o disfunción de la válvula protésica.

En algún momento sugerí al médico, mandar al paciente a interconsulta de arritmias y comentó que el paciente ya había asistido, sin embargo no se encuentra ninguna nota que reporte dicha interconsulta, este tratamiento se pudo haber contemplado, ya que luego de la cirugía había mayor opción de una

cardioversión eléctrica, puesto que el problema valvular básico quedaba ya descartado, dando pauta para este tipo de tratamiento. En la última entrevista que se le realizó al paciente estando este en su casa, aún no se practicaba dicho tratamiento acudiendo el paciente nuevamente a urgencias, lo que pone en duda el correcto manejo terapéutico.

En relación con los estudios de laboratorio, se reviso que el 2 de julio del 2003 aparece reportado un resultado de glucosa en sangre de 289mg/dl, el cuál no se tomó en cuenta o pasó de manera desapercibida, para iniciar un estudio detallado y detectar si el paciente iniciaba un problema de diabetes. Posterior a la cirugía, vuelve a presentar hiperglucemia, se inicia tratamiento basado en infusión de insulina no logrando normalizarse, no hay un reporte médico en donde se diagnostique diabetes mellitus, una vez en piso es tratado con hipoglucemiantes orales, pidiéndole que continúe con este tratamiento después de darse de alta. Con esto vemos que quizá el paciente pudo ser diabético pero no se detectó con oportunidad.

Nos damos cuenta que no hubo una educación adecuada por parte del personal médico para guiar al paciente y explicarle la importancia de cumplir con el tratamiento farmacológico prescrito, convencerlo y hacerle ver los riesgos a los que se somete si llegara a suspenderlo, además tal vez era necesario analizar bien el factor económico y valorar si el medicamento era de un costo accesible para el paciente, de esta forma se hubieran evitado complicaciones que alteraran más su salud y pusieran en peligro su vida.

6.6 DISCUSIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En relación con las notas de enfermería, no se pudieron transcribir todas, aunque se pudo visualizar directamente algunas de las intervenciones del turno matutino y vespertino, y se revisaron notas de los 3 turnos, en donde se aprecia lo siguiente:

Respecto a la valoración, se percibió que no se realizó de forma exhaustiva ya que de hacerlo así no se pasaría por alto necesidades que el paciente fue presentando durante su estancia hospitalaria, por ejemplo a partir de la intervención quirúrgica vemos que no existe una continuidad en las acciones de enfermería, ya que no se tomó en cuenta la necesidad del paciente para satisfacer un aporte adecuado de aire, en algunos turnos se omitió el proporcionarle fisioterapia pulmonar, no se motivó al paciente a realizar ejercicios respiratorios, de igual modo en el control de líquidos, no se llevó un control estricto, no se percataron de que el paciente estuviera evacuando adecuadamente. Las notas de enfermería no eran tan claras en este punto ya que no especifican las situaciones relevantes.

Sabemos que para llevar acabo una valoración exhaustiva, se debe de revisar notas médicas, resultados de laboratorio y gabinete, notas de enfermería previas, así como lo que refiere el mismo paciente y su familia, para poder llevar acabo intervenciones que logren el impacto deseado en el paciente, para favorecer una recuperación adecuada y progresiva, a su vez promoviendo mejorar la calidad de vida del paciente.

De igual manera se pudo observar que existió poca interacción enfermera-paciente, lo que impidió a la enfermera darse cuenta del estado de ánimo del paciente, así como de sus sentimientos con respecto a su familia, ya que hubo momentos muy difíciles para él, en los que el personal de enfermería pudo realizar acciones encaminadas a solicitar apoyo del psicólogo, así como algunos otros aspectos que se omitieron.

No se debe olvidar que el rol que desempeña el paciente en su ambiente familiar se perturbo suscitándose una serie de sentimientos en torno a este, por lo tanto, debemos de comprender las situaciones del paciente y las razones por las que acepta o rechaza nuestras acciones en torno a su salud, dependiendo de la realidad que lo rodea.

Nos damos cuenta de que si la valoración no fue tan precisa, lo mismo sucedió con los diagnósticos y las acciones de enfermería, ya que sabemos que el proceso de enfermería es integral y dinámico, de manera que si no se realiza de esta forma las acciones de enfermería resultan monótonas.

Según refiere Krieger “las enfermeras deben tener en mente la autenticidad de la persona completa y esforzarse para comprender de manera simultánea la relación que hay de la parte del individuo en tratamiento a la totalidad de las interacciones del todo con sus partes” (Marriner 2003), por lo que al ver a la persona en forma holística, hemos de tomar en cuenta su ambiente social, cultural, su religión, su propia personalidad, lo que nos ha de llevar enfocar el cuidado sin descuidar el conjunto de situaciones inherentes a la persona, ya que por otra parte, considerando la teoría de Dorotea Orem hemos de considerar al paciente como conocedor de su propia salud y enfermedad, además capaz de buscar formas de satisfacer sus propias necesidades, nuestra labor por tanto, va encaminada a promover este potencial y motivarlo a que logre ponerlo en práctica.

Con todo lo anterior, se deduce que hubo bastantes carencias en las intervenciones del personal de enfermería, quizá un factor que haya intervenido sea la monotonía, la rutina, que no permita la creatividad necesaria para hacer de cada intervención de enfermería la más valiosa de las profesiones.

VII PROPUESTA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON IC POR VALVULOPATÍA

1 ETAPA DE VALORACIÓN

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Nombre: Anastasio Mendoza Hernández
Edad: 49 años
Sexo: masculino
Fecha de nacimiento: 25 de febrero 1954
Lugar de nacimiento: Atacomulco Edo. de México.
Estudios: 5° de primaria.
Trabajo: Chofer por 25 años.
Salario: anteriormente: 100 a 1500 por semana
Reciente: 700 semanal
Actividad residente: trabaja en una Tlapalería.
Familiares: esposa: Lourdes Luna Rodriguez
Hijos: Noé Mendoza Luna 23 años
Miguel Mendoza Luna 18 años
Ivan Mendoza Luna 11 años
Marco Antonio 9 años.

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Durante el tiempo en que se dedicaba el señor Anastasio a trabajar como chofer permanecía fuera de casa todo el día llegaba por la madrugada o viajaba de noche, sin horario fijo, actualmente se dedican a la tlapalería el paciente, el hijo mayor y la esposa, y don Anastasio permanece en casa más tiempo.

La responsabilidad de la educación recae más en la esposa, aunque él considera que la responsabilidad es de los dos sin embargo él considera que lo que aporta él es lo económico y ella se dedica a los consejos.

La que acostumbra a cuidar al miembro de la familia que enferma es la esposa. Con relación a ir al médico ellos valoran si es posible atenderlos en casa, de no ser así acuden al médico.

Con relación a si se demuestran afecto ellos consideran que sí y las formas que utilizan son con expresiones verbales, corporales (abrazos), por medio de consejos y de la libertad que les conceden.

El paciente se comunica con todos, según se requiera, él ve de primordial importancia estar comunicándose con cada uno de sus hijos y con su esposa, se comunica con sus hijos de acuerdo a su edad.

Anteriormente él era el único que sostenía la economía de la casa, ahorita además de don Atanasio, también trabaja su hijo mayor y la esposa apoyándolo en la tlalería.

CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES

Habitán en casa prestada, la cual cuenta con 3 recámaras, un patio, una cocina, y una sala comedor, tiene adecuada ventilación, cuenta con todos los servicios públicos: con agua, drenaje, luz teléfono, conviven con animales, un cachorro y con pájaros.

REQUISITOS DE DESARROLLO

Se trata de don Atanasio de 49 años, adulto mayor.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Aproximadamente desde hace dos años conoce que está enfermo, antes de que se le detectara su padecimiento él comenzó a manifestar síntomas como sudoración y fatiga, por lo que él piensa que se debe a su problema de alcoholismo, acude al centro de Alcohólicos anónimos donde tienen un médico, lo revisa y le encuentra arritmia y un probable soplo, lo refiere al Gea González donde le detectan una arritmia, en realidad él sabe que tiene una arritmia y un problema valvular que lo produce el real del corazón.

A él le preocupa su situación con relación a su arritmia ya que es la que le ha traído más problemas ya que ha asistido frecuentemente a urgencias por la conducción rápida de la fibrilación auricular, respecto a lo económico ahorita no le angustia sabe que tiene el apoyo de su suegro, ya que el negocio es de él y se lo dejó a don Atanasio para que él lo trabajara.

Ha notado bastantes cambios en su estilo de vida, cuando trabajaba de conductor había ocasiones en que asistía a trabajar cada tercer día ya que la disnea iba

progresando y debía guardar reposo constantemente, por lo mismo dejó de trabajar de chofer y su suegro le prestó la trapalería para que se siguieran sosteniendo económicamente.

Se le informaba como cuidarse y lo hacía ya que una vez captado en este Instituto se le trató con anticoagulantes por el riesgo de formar trombos que le producía la arritmia, se le proporcionó el carnet de anticoagulantes, ya lo sabe manejar y no consume verduras de hoja verde, disminuye la cantidad de sal en sus alimentos y toma menos líquidos, aunque no sabe la cantidad que debe de ingerir de líquidos, ni la razón por lo que haya que disminuirlos.

Tiene 2 años de saber que está enfermo, no se atendió de inmediato y además que en varias ocasiones suspendió el tratamiento por motivos económicos. Ahorita se siente muy enfermo pero una vez que se le internó confía en la ciencia y considera que los médicos lo van a estabilizar, ha estado con descontrol hemodinámico, desde hace tres meses ha estado presentando ortopnea de hasta 4 almohadas, incluso duerme sentado, así como disnea paroxística nocturna.

Siente bastante apoyo de su familia; sane de su tratamiento pero no siempre resuelve sus dudas con respecto al mismo. No siente ningún temor, él cree en Dios y confía en la ciencia. Cuando se enteró de su padecimiento entró en depresión por un tiempo, según refiere su esposa, se percibe que a él le cuesta manifestar sus angustias y miedos, pero su esposa lo conoce muy bien y detecta esos estados de ánimo de su esposo. Para él es importante tener pensamientos positivos para salir adelante. Acepta su nueva situación, aunque entra en angustia al tener sus episodios de palpitaciones, esto no lo deja dormir y le produce astenia y adinamia por un buen rato; él se siente de verdad grave en estas situaciones, en una ocasión comenta que se desmayó, por lo que más le angustia ya que siente en ocasiones que va a morir.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Con relación a un aporte suficiente de aire:

Hay presencia de disnea de medianos y pequeños esfuerzos, ortopnea de más de 3 almohadas, incluso disnea paroxística nocturna, sin embargo en un principio no sabía el motivo, ya que fue al médico, se le informó que estaba enfermo de una válvula cardíaca, pero no se le explicó el porque la disnea, la relación de esta con el problema valvular.

En relación al aporte suficiente de agua:

El paciente está enterado de que debe disminuir la cantidad de agua, pero no sabe cuantos vasos debe ingerir, ni el motivo por lo que haya que disminuir los líquidos.

En relación al aporte suficiente de alimentos:

Considera el paciente que su alimentación no es lo suficientemente nutritiva, durante un tiempo ingería alimentos ricos en grasas poliinsaturadas, así como abundantes carbohidratos, de unos 3 años en adelante considera que ha disminuido la ingesta de grasas, consume adecuada cantidad, consume carne 3 veces a la semana, pero no tiene noción si lo que consume es nutritivo para él.

En relación al equilibrio entre actividad y reposo:

Busca momentos para descansar, no le agrada leer algún libro, no tiene ese hábito, le agrada escuchar música y ver televisión, considera tolerable el ruido del hospital.

En relación al equilibrio entre soledad e interacción social:

El refiere que le agradaría platicar con su médico, considera que quizá no tenga tiempo, sin embargo busca resolver sus dudas cuando llega a informarle sobre algún estudio, siente agradable la presencia de su familia, en ocasiones prefiere estar solo.

En relación a la prevención de peligros:

Considera conocer un poco su enfermedad, siente interés por colaborar en el cuidado de su propia salud, sin embargo en las ocasiones en que presentaba disnea, mareo o lipotimia, si se sentía angustiado, le daba la impresión de que no iba a amanecer al día siguiente.

En relación a la promoción de la normalidad:

La enfermedad actual lo deprime, al pensar en su calidad de vida siente interés aunque considera que no sabe que va a pasar luego de la cirugía, está consiente de que no todo puede salir bien, sin embargo está tranquilo ahorita, siente apoyo de su familia, se interesan por su salud, en ocasiones busca ayuda cuando lo necesita, y si busca diferentes formas de aliviar sus molestias, el prefiere buscar la manera de resolver sus necesidades sin preocupar a los demás y no quiere ser molesto en cierta forma exigiendo cuidados de los demás.

ETAPA DE VALORACIÓN

ASPECTOS	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	REQUISITOS DE DESARROLLO	REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD
E L E M E N T O S	<p>Hombre de 49 años originario del Estado de México y residente del Distrito Federal, nivel educativo hasta 5° de primaria, ocupación actual en una tlapalería, estado civil: casado, cuatro hijos varones, el mayor es contador aún no trabaja, el segundo no siguió estudiando, los más pequeños siguen en la primaria.</p>	<p>Adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aire - Agua - Alimentación - Eliminación. - Actividad y reposo - Soledad y relación. - Prevención de peligros - Promoción de la normalidad 	<p>Paciente con Cardiopatía Reumática Inactiva, Doble Lesión Mitral con predominio de la Insuficiencia moderada, Doble lesión Aórtica ambas leves, Fibrilación Auricular, Hipertensión Arterial Sistémica. Conoce poco su enfermedad, desde hace 2 años se le detectó, siente apoyo de su familia, ha notado deterioro de su salud muy marcada, entró un tiempo en depresión por su situación, se angustia cuando lo despiertan momentos de ahogo por las noches.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Fecha de detección del diagnóstico junio-julio

26 27 29 30 2 5 7 8 9 10 11

Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia.											
Alto riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia.											
Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, insepardul.											
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.											
Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerrenal.											
Alto riesgo de lesión relacionado a los requerimientos para la realización del cateterismo diagnóstico											
Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a la imposibilidad de incorporarse.											
Estreñimiento subjetivo relacionado al reposo absoluto.											
Alto riesgo de lesión relacionado a alteración renal por el medio de contraste.											
Alto riesgo de disfunción neuromuscular periférica.											
Alto riesgo de lesión relacionado a la punción de arteria femoral externa..											
Alto riesgo de lesión, relacionado a los requerimientos para la cirugía.											
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración.											
Exceso del volumen de líquidos, relacionado al aporte de volumen de líquidos intravenosos, manifestado con edema de miembros superiores e inferiores.											
Alteración de la nutrición por defecto, relacionado a dificultad para aceptar los alimentos, manifestado por poco apetito, náusea, sensación de plenitud.											
Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.											
Dolor, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por sufrimiento, intranquilidad.											

67

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alteración de los procesos familiares relacionado con inestabilidad emocional manifestado con deseos de estar solo, enojo, fastidio.																				
Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia.																				
Duelo anticipado relacionado a sensación de muerte por presencia de la arritmia manifestado por miedo, temor, angustia.																				
Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia prolongada en el hospital manifestado con fastidio, aburrimiento.																				
Deterioro de la adaptación relacionada con hiperglucemia.																				
Alto riesgo de lesión relacionado con los requerimientos del egreso de forma que se dé de alta en las mejores condiciones.																				

68

DIAGNÓSTICOS NO RESUELTOS

MOTIVO POR EL CUAL NO FUERON RESUELTOS

Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.

Este diagnóstico no fue resuelto debido que requiere anticoagulantes de por vida, lo que indica que dependerá del paciente el evitar estos riesgos potenciales.

Limpeza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración.

El presente diagnóstico requirió más tiempo para ser resuelto, debido a que el compromiso pulmonar persistió.

Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia.

No fue resuelto este diagnóstico, ya que hizo falta un tratamiento que lograra mantener la arritmia con una frecuencia ventricular media adecuada.

Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.

Este diagnóstico de igual forma no fue resuelto ya que el paciente ha de estar expuesto a infección no solo de su herida quirúrgica sino además estará en riesgo de sufrir endocarditis por cualquier infección que llegue a presentar.

INGRESO AL 3° PISO cardiología adultos "A"

NOTA DE ENFERMERÍA

Hoy llega el Sr. Anastasio de Urgencias se encuentra decaído, y refiere no tolerar la posición de decúbito, se fatiga rápidamente, viene acompañado de su esposa, se le ve preocupada. En la nota de enfermería se refiere lo siguiente:
A las 19:30 hrs. Ingresa el señor Anastasio de 49 años de edad procedente de Urgencias, con Diagnóstico médico de CRI, DLM, DLAo, consciente, orientado, con adecuada coloración, mucosas orales semihidratadas, taicárdico, una frecuencia cardíaca de 140x' sin repercusión hemodinámica, ya valorado por el médico de guardia, al monitor se observa en Arritmia Completa por Fibrilación Auricular, campos pulmonares bien ventilados, no presencia de estertores, abdomen blando con peristalsis, miembros inferiores sin datos de edema. Se canaliza con catéter periférico en miembro superior derecho, se ministra Digoxina IV, con lo que disminuye su Frecuencia Cardíaca.

Se toman laboratorios completos de urgencia, resultados: Hb: 16.9, Hto: 49%, TP:22.4/13.4" INR: 1.96" Cl: 103 Na: 136, K: 3.9.

Según comentario médico requiere nuevo cateterismo y ecocardiograma, posterior a ello programación de cambio Valvular Mitral; continúa con seloken, digoxina, aldactone, sintrom, lasix, reposo relativo, posición en semifowler, oxígeno a 2 litros por minuto, por razón necesaria.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRÓN DE R.H.
- Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Alto riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, inseguridad.	- Prevención de peligros.	- Conocimiento.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerenal.	- Aporte suficiente de agua	- Intercambio

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ETAPA DE PLANEACIÓN

26 de junio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia. Aporte suficiente de aire.	-	Mantenido en reposo	✓		Se logró aliviar la disnea y mantener al paciente con una mejor oxigenación.
	-	Posición en fowler elevada (90°) o sedente.	✓	✓	
	-	Vigilar signos vitales en especial la frecuencia respiratoria.	✓		
	-	Vigilar disnea y grado de la misma.	✓	✓	
	-	Proporcionar oxígeno por puntas nasales a 3 litros minuto.	✓		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Alto riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia. Prevención de peligros.	-	Vigilancia estrecha de signos vitales, especialmente frecuencia cardiaca.	✓		Se buscó mantener al paciente con una frecuencia cardiaca dentro de los parámetros aceptables y se logró, con la ayuda de medicamentos.
	-	Toma de electrocardiograma que permita evaluar la función cardiaca.	✓		
	-	Monitorización continua.	✓		
	-	Ministración de antiarrítmicos (como digoxina, metoprolol)	✓		
	-	Ministración de anticoagulante (como heparina, warfarina, heparina de bajo peso molecular).	✓		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, inseguridad. Prevención de peligros.	- Informar al paciente y a sus familiares sobre su enfermedad y tratamiento.		✓	Se logró que el paciente así como sus familiares tuvieran confianza con el personal de enfermería lo que contribuyó a resolver sus dudas.
	- Crear un ambiente de confianza y seguridad.	✓	✓	
	- Resolverles sus dudas y motivados a que pregunten. - Evitar comentarios que incomoden al paciente	✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento o de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular. Prevención de peligros.	- Ministración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular).	✓	✓	Se logró tener un control adecuado en los tiempos de coagulación, disminuyendo el riesgo de presencia de trombos.
	- Vigilar alteración del estado de conciencia.	✓		
	- Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓		
- Control de tiempos de coagulación regularmente.	✓			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerenal. Aporte suficiente de agua	- Restricción estricta de líquidos.	✓	✓	Se logró un control adecuado de los líquidos, a la palpación no se percibió aumento de hepatomegalia, en la placa de Rayos X no hubo aumento de edema pulmonar, solo hipertensión venocapilar, los azúcares se mantuvieron en valores adecuados.
	- Administración de diuréticos (como furosemide, espirinolactona, miccil).	✓	✓	
	- Balance hídrico.	✓		
	- Valorar el grado de hepatomegalia.	✓		
	- Valorar la disnea, para descartar que aumente el edema pulmonar.	✓	✓	
	- Toma de Rayos X.	✓		
	- Observar las características macroscópicas de la diuresis.	✓		
	- Realizar Química Sanguínea para valorar niveles de azoados.	✓		

El día de hoy El señor Anastasio continúa decaído, refiere no haber podido dormir bien debido a la ortopnea, se mantiene monitorizado, observándose aún en Fibrilación Auricular de conducción rápida. A la exploración se encuentra consciente, estable, cooperador, con plétora Yugular grado I, en hipocondrio derecho se palpa hepatomegalia 2cm debajo del borde costal.

Hoy se le comenta al paciente de la posibilidad de realizarle algunos estudios diagnósticos, entre ellos un Cateterismo Cardíaco y un Ecocardiograma transtorácico, se decide programarlo para el lunes 30 de junio. Según nota de médico el plan es precisamente actualizar el Ecocardiograma con el fin de medir el Anillo Tricuspidé, Coronariografía para delimitar alguna lesión a este nivel, con el fin de presentarlo a sesión quirúrgica el próximo martes 1 de julio, se propondrá en sesión quirúrgica para cambio valvular Mítral y Tricuspidé.

Llega el médico de Hemodinámica este mismo día para valorar al paciente; sus indicaciones son ayuno el domingo a partir de las 22 horas no aplicar clexane de las 6am. Del día 30 de junio, preparar ambas regiones inguinales, firmar autorización, toma de tiempos la mañana del lunes 30.

El electrocardiograma del día muestra Fibrilación Auricular con una Frecuencia ventricular media de 120x'. Dilatación biauricular, hipertrofia biventricular.

La Tele de Tórax muestra cardiomegalia grado II, con un índice cardiotorácico de 0.7, se visualizan signos de hipertensión venocapilar.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

27 de junio 2003

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRÓN DE R.H.
- Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Alto riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, inseguridad.	- Prevención de peligros.	- Conocimiento.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerenal.	- Aporte suficiente de agua	- Intercambio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE PLANEACIÓN

27 de junio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia. Aporte suficiente de aire.	- Mantenido en reposo		✓	Comenzó a mejorar el patrón respiratorio, aunque aún se fatigaba, al deambular.
	- Posición en fowler elevada (90°) o sedente.		✓	
	- Vigilar signos vitales en especial la frecuencia respiratoria	✓	✓	
	- Vigilar disnea y grado de la misma.		✓	
	- Proporcionar oxígeno por puntas nasales a 3 litros minuto.		✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia. Prevención de peligros.	- Vigilancia estrecha de signos vitales, especialmente frecuencia cardiaca.	✓		Fue mejorando su frecuencia ventricular media, el paciente ya no refiere síntomas referentes a su arritmia.
	- Toma de electrocardiograma que permita evaluar la función cardiaca.	✓		
	- Monitorización continua.	✓	✓	
	- Ministración de antiarrítmicos (como digoxina, metoprolol)	✓	✓	
	- Ministración de anticoagulante (como heparina, warfarina, heparina de bajo peso molecular).	✓		

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, inseguridad.	- Mantener informados tanto al paciente como a sus familiares sobre su enfermedad y tratamiento. - Crear un ambiente de confianza y seguridad.	✓	✓	✓	Se logró mejorar la confianza en el personal de enfermería, así como su deseo de conocer más sobre la enfermedad.
Prevención de peligros.	- Resolverles sus dudas y motivarlos a que pregunten.	✓	✓		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Administración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular). - Vigilar alteración del estado de conciencia, pedirle que informe de alguna alteración. - Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓		Se mantuvo un adecuado control de tiempos de coagulación evitando desprendimiento de trombos.
Prevención de peligros.		✓			

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerrenal. Aporte suficiente de agua	- Restricción estricta de líquidos.	✓	✓	Se logró un adecuado control de líquidos, con lo que se disminuyó el edema, y el compromiso a otros órganos.
	- Ministración de diuréticos (como furosemide, espirinolactona, micil).	✓	✓	
	- Balance hídrico.	✓		
	- Valorar el grado de hepatomegalia.	✓		
	- Valorar la disnea, para descartar que aumente el edema pulmonar.		✓	
	- Observar las características macroscópicas de la diuresis.	✓		

ETAPA DE VALORACIÓN

29 junio 2003

Este día el Sr. Anastasio ha permanecido asintomático, al monitor en Arritmia Completa por Fibrilación Auricular ya manejando una frecuencia ventricular media de 80x', consiente, orientado, cooperador al manejo, ha disminuido bastante la disnea de pequeños esfuerzos, ya no refiere disnea paroxística nocturna, se encuentra en reposo relativo, aunque el caminar aún le produce disnea, no refiere ya cansancio excesivo, está más comunicativo, se siente tranquilo porque ha podido dormir mejor que en su casa.

Hoy se inicia a preparar para el cateterismo está programado a 3er turno, ya quedó firmada la autorización, se encuentra canalizado con catéter periférico. Se le informa a él y a sus familiares sobre su cateterismo, se les resuelven dudas.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRÓN DE R.H.
- Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Alto riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, inseguridad.	- Prevención de peligros.	- Conocimiento.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerenal.	- Aporte suficiente de agua	- Intercambio
- Alto riesgo de lesión relacionado a los requerimientos para la realización del cateterismo diagnóstico.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.

ETAPA DE PLANEACIÓN

29 de junio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado a presencia de disnea de esfuerzo, manifestado por taquipnea, agitación, angustia.</p> <p>Aporte suficiente de aire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pedirle que deambule según tolere. - Posición en fowler elevada (90°) o sedente. - Vigilar signos vitales en especial la frecuencia respiratoria - Proporcionar oxígeno por puntas nasales a 3 litros minuto. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<p>Este día toleraba mejor su problema, lograba deambular mejor mejorando su patrón respiratorio.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
<p>Alto riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia.</p> <p>Prevención de peligros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia estrecha de signos vitales, especialmente frecuencia cardiaca. - Monitorización continua. - Ministración de antiarrítmicos (como digoxina, metoprolol) - Ministración de anticoagulante (como heparina, warfarina, heparina de bajo peso molecular). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<p>En estas fechas el paciente no ha presentado frecuencia ventricular media aumentada, los medicamentos han sido adecuados.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Déficit de conocimiento relacionado al tratamiento que se da al paciente manifestado por desconfianza, inseguridad.	- Mantener informados tanto al paciente como a sus familiares sobre su enfermedad y tratamiento.		✓	El resultado fue muy satisfactorio, ya que el paciente y su familia se dirigian con confianza al personal de enfermería.
	- Crear un ambiente de confianza y seguridad.		✓	
Prevención de peligros.	- Resolverles sus dudas y motivarlos a que pregunten.		✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento o de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Administración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular).	✓		No hubo alteración en relación a compromiso hemodinámico, el paciente estuvo al tanto de su estado físico.
	- Pedirle que informe sobre alteración de conciencia que perciba..		✓	
	- Pedirle que observe sus miembros superiores e inferiores, que informe si hay hematomas.		✓	
Prevención de peligros.				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Alto riesgo de alteración del desempeño de la función relacionado con compromiso a otros órganos manifestado por edema pulmonar, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, insuficiencia prerrenal.	- Restricción estricta de líquidos. - Ministración de diuréticos (como furosemide, espironolactona, niccíl). - Balance hídrico, pedirle que use el orinal, que valore su ingesta de líquidos. - Valorar el grado de hepatomegalia. - Observar las características macroscópicas de la diuresis.	✓ ✓ ✓	✓	✓ ✓ ✓	Se logró la participación del paciente para lograr un control de líquidos adecuado, de forma que se disminuyó el riesgo de compromiso a otros órganos.
Aporte suficiente de agua					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUA- CIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Alto riesgo de lesión relacionado a los requerimientos para la realización del cateterismo diagnóstico.	- Dejar en ayuno al paciente a partir de las 22 horas.	✓	✓		Se logró una adecuada preparación del paciente para el estudio, lo que evitó cualquier riesgo de lesión.
	- Preparar región inguinal para visualizar y evitar riesgo de infección.	✓		✓	
	- Interrumpir anticoagulante.	✓	✓		
	- Tomar tiempos de control.	✓		✓	
	- Somatometría previa al estudio.	✓		✓	
Prevención de peligros.	- Valorar alguna alteración renal, por medio de niveles de azoados.	✓			

En este día luego de que se recibió al paciente se tomaron tiempos de control a las 6am, se trasladó a hemodinámica para realizarle su cateterismo diagnóstico, después de la valoración de enfermería, se pesó y se midió, se cambió su solución por sol. Hartman, se tomaron signos vitales, se verificó que el sitio de punción estuviera en buenas condiciones, que la solución estuviera permeable, se revisó que estuviera realizada la tricotomía, se le informó al familiar de que debía permanecer con su paciente durante todo el día.

El paciente fue trasladado a hemodinámica a las 8 horas se entregó expediente al personal de Hemodinámica y se le pidió a los familiares que esperaran en el área de urgencias hasta que terminara el procedimiento. En el reporte de hemodinámica se corrobora Doble Lesión Mitral con predominio de la Insuficiencia grave, Insuficiencia Aórtica ligera, no lesiones angiográficas.

Regresa don Anastasio del Cateterismo a las 10:30 horas, consciente orientado, sin más incidentes, en región inguinal izquierda con introductores que se le retiraron al llegar a piso, no se presentaron complicaciones al retiro de introductores, no requirió de analgésico, en sitio de punción no hubo presencia de hematoma o equimosis a nivel distal presencia de pulsos periféricos, llenado capilar ligeramente disminuido, con discreta hipotermia, adecuada coloración. Se quedó con parche compresivo limpio y seco, se le colocaron costales a nivel inguinal, y se le explicó que había que permanecer en reposo absoluto, no debía mover su miembro inferior izquierdo ni hacer esfuerzo con el mismo.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

30 de junio 2003

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRON DE R.H.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a la imposibilidad de incorporarse.	- Aporte suficiente de alimentos.	- Alimentación
- Estreñimiento subjetivo relacionado al reposo absoluto.	- Procesos de eliminación y los excrementos.	- Intercambio.
- Alto riesgo de lesión relacionado a alteración renal por el medio de contraste.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de disfunción neuromuscular periférica.	- Prevención de peligros.	- Movimiento
- Alto riesgo de lesión relacionado a la punción de arteria femoral externa.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE PLANEACIÓN

30 de junio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia.	- Vigilancia estrecha de signos virales, especialmente frecuencia cardíaca.	✓		✓	No requirió ya de monitorización continua, se logró la participación del paciente para reportar cualquier problema a este nivel.
	- Pedirle que informe en caso de presencia de palpitaciones o diaforesis.	✓		✓	
	- Ministración de antiarrítmicos (como digoxina, metoprolol)	✓		✓	
	- Ministración de anticoagulante (como heparina, warfarina, heparina de bajo peso molecular).	✓		✓	
Prevención de riesgos.					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Déficit de autocuidado en la alimentación relacionado a la imposibilidad de incorporarse.	- Valoración hemodinámica.	✓	✓		El paciente logró alimentarse con agrado no hubo problemas con su dieta, estuvo a tiempo y en buenas condiciones, su familiar colaboró con gusto.
	- Pedir a su familiar que lo apoye en su alimentación.		✓	✓	
	- Pedir al paciente que sostenga los utensilios de ser necesario.		✓	✓	
	- No dejado solo en el momento de comer.		✓		
Procesos de eliminación y los excrementos.	- Mantener sus alimentos a buena temperatura.	✓			
	- Al no estar su familiar, apoyado la enfermera.				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Estreñimiento subjetivo relacionado al reposo absoluto.	-	Proporcionarle una dieta blanda o líquida de preferencia.	✓		Se logró que el paciente logram evacuar sin más problema, de igual manera se sintió en confianza para avisar cuando requirió evacuar.
	-	Pedirle que avise cuando desee evacuar.		✓	
	-	Ministrar laxantes (agiolax, agarol, lactulax)	✓	✓	
	-	Acercarle el cómodo cuando lo requiera.			
Aporte suficiente de alimentos.	-	Respetar su individualidad.	✓		
	-				

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de lesión relacionado a alteración renal por el medio de contraste.	-	Mantener hidratado al paciente.	✓	✓	Se logró la colaboración del paciente para mantenerse hidratado, no hubo complicación a nivel renal, los azoados se mantuvieron en niveles normales.
	-	Pedirle que ingiera abundante agua.		✓	
	-	Ministrar soluciones intravenosas según el medio de contraste utilizado.	✓		
	-	Valorar niveles de azoados, (urea, creatinina).			
Prevención de peligros.	-	Control estricto de líquidos.	✓		
	-	Mantener cerca el orinal.	✓	✓	
	-	Vigilar que no presente globo vesical.	✓	✓	
	-	Valorar colocación de sonda vesical.	✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUA- CIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
- Alto riesgo de disfunción neuromuscular periférica.	- Vigilar pulsos distales del miembro inferior afectado. - Vigilar temperatura y llenado capilar. - Vigilar coloración, comparando con el miembro no afectado.	✓ ✓ ✓	✓ 	
- Prevención de peligros.	- Proporcionar calor local. - Pedir al paciente que avise en caso de disminución de la sensibilidad o adormecimiento. - Pedirle al familiar que le realice ejercicios pasivos en el miembro afectado.	✓ 	✓ ✓	✓ ✓

Durante el tiempo en que requirió el paciente estar en reposo absoluto, se logró que disminuyeran los riesgos de lesión neuromuscular periférica.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA				EVALUA- CIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de lesión relacionado a la punción de arteria femoral externa.	- Vigilar signos vitales especialmente T/A, FC.	✓	✓		El paciente no presentó compromis o importante en región inguinal, se logró una evolución satisfactori a en su estudio hemodiná mico.
	- Vigilar el sitio de punción que no haya sangrado activo, hematoma o zona de equimosis cada hora.	✓	✓		
- Prevenció n de peligros.	- Pedirle al paciente que avise en caso de dolor agudo en región inguinal.	✓	✓	✓	
	- Tomar tiempos de control para valorar el retiro de introductores.	✓	✓		
	- Colocar costales de arena por 4 horas en sitio de punción al retiro de introductores.	✓	✓		
	- Avisar a hemodinámica en algún dato de alarma.	✓	✓		
	- Inmovilizar el miembro pélvico por 24 horas.				

El día de hoy don Anastasio se encuentra estable, tranquilo deambulando, le agrada ir a ver la televisión, al regresar a su unidad se le ve fatigado y con ligera disnea, disminuye al quedar en reposo en posición sedente; otros momentos dialoga con sus compañeros de cubículo, ha estado asintomático últimamente. Luego de realizarle su cateterismo, ese mismo día se le realizó un Ecocardiograma, se presentó su caso a sesión quirúrgica, fue aceptado para cambio mitral solamente, la válvula tricuspídea no se ve tan afectada en el cateterismo ni en el ecocardiograma. Es enviado a erradicación de focos sépticos, se continúa con anticoagulante de bajo peso molecular ya que el anticoagulante oral se suspendió desde que se internó.

Se le informa al paciente que es aceptado a cirugía que se realizará el día de mañana. Se hace una revisión al paciente por parte de los médicos cirujanos, del anestesiólogo, del personal perfusionista, se pide que soliciten hemoderivados y que se presente a quirófano en cuanto se solicite.

Se continúa con su preparación física para la cirugía, se realiza baño este día por la tarde, queda en ayuno a partir de las 22 horas, se toma muestra para pruebas cruzadas, se piden hemoderivados, se revisa que tenga resultados de laboratorios resientes, que se retire cualquier tipo de prótesis.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO**2 de julio 2003**

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRON DE R.H.
- Déficit de conocimiento relacionado a su cirugía manifestado por duda, temor, angustia.	- Prevención de peligros.	- Conocimiento.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión isular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de lesión, relacionado a los requerimientos para la cirugía.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.

ETAPA DE PLANEACIÓN

2 de julio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Déficit de conocimiento relacionado a los requerimientos para la cirugía Ejecución de peligros.	- Revisar que haya laboratorios recientes o tomados de ser necesario	✓	✓	Se logra una preparación adecuada del paciente para su cirugía, lo que evita complicaciones, y ahorra tiempo.
	- Interrumpir anticoagulantes vía oral una semana de anticipación.	✓	✓	
	- Interrumpir anticoagulantes intravenosos 4 horas antes.	✓		
	- Ayuno a partir de las 22 horas.	✓		
	- Retirar prótesis de cualquier tipo.	✓		
	- Corroborar que esté programado.	✓		
	- Tomar muestra de sangre para cruzar.	✓	✓	
	- Verificar que haya sido erradicado de focos sépticos.	✓	✓	
- Confirmar valoración de cirujanos y anestetas.	✓			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con la presencia de Fibrilación Auricular manifestada por arritmia completa, palpitaciones, taquicardia. Prevención de peligros.	- Vigilancia estrecha de signos vitales, especialmente frecuencia cardíaca.	✓	✓	No se ha vuelto a presentar alteración a este nivel, se sigue teniendo respuesta adecuada del paciente..
	- Pedirle que informe ante cualquier alteración en relación de su arritmia.		✓	
	- Ministración de antiarrítmicos (como digoxina, metoprolol)	✓	✓	
	- Ministración de anticoagulante (como heparina, warfarina, heparina de bajo peso molecular).	✓	✓	

**DIAGNÓSTICO
DE
ENFERMERÍA
/REQUISITO
UNIVERSAL**

INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA

**EVALUA-
CIÓN**

		Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de lesión, relacionado a los requerimientos para la cirugía.	- Se informa de su cirugía, al paciente y a sus familiares.		✓	✓	Se logra una buena comprensi ón y colaboració n tanto del paciente como de sus familiares en todo lo referente a los preparativo s de la próxima cirugía.
	- Se dan clases sobre Cambios Valvulares.		✓	✓	
	- Se dan clases sobre la colaboración del paciente en el postoperatorio.		✓	✓	
Prevención de peligros.	- Se informa sobre las posibles complicaciones.		✓	✓	
	- Se pide que lean y firmen la autorización.		✓	✓	
	- Se les estimula a que manifiesten sus dudas.		✓	✓	
	- Se les informa a los familiares sobre la hora que deben presentarse el día de la cirugía.		✓	✓	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICAS

Este día pasó don Anastasio a la sala de operaciones, llegó a las 6: 30am, fue recibido por el personal de cirugía, se trasladó al área de preanestesia y ahí permaneció hasta que se trasladó a la sala en que sería su cirugía. Se llevaron a cabo las siguientes intervenciones.

- Se trasladó al paciente del tercer piso a la sala de operaciones.
- Se recibió expediente, se revisó que estuviera completo, que incluyera laboratorios recientes, erradicación de focos sépticos, nota de cirujanos.
- Se canalizó con catéter periférico, dos vías.
- Se le informó al paciente sobre que se le realizaba.
- Se trasladó a la sala de operaciones.
- Se monitorizó.
- Se preparó la sala de operaciones previamente.
- Se abrieron campos, quien se encargó de esto fue la enfermera instrumentista.
- La enfermera circulante se encargó de asistir al anestesiólogo.
- Verificar que todo estuviera funcionando adecuadamente.
- Realizar las anotaciones pertinentes.
- Tener a la mano lo que se iba requiriendo.
- Vigilar estrechamente los signos vitales.
- Terminar de vestir a los cirujanos.
- Cuenta de textiles con instrumentista.
- Realizar lavado mecánico.

La nota de enfermería refieren lo siguiente: se instala en mesa quirúrgica, se monitoriza, se observa en fibrilación auricular, con una frecuencia ventricular media de 102 x', saturando al 93%, colocan línea arterial, inicia anestesia inhalatoria y hendovenosa con relajante muscular llegando a la intubación, se coloca catéter central registrando una PVC inicial de 14cm/H₂O, por misma vía colocan introductor para realizar hemodilución isovolémica, colocan sonda foley número 16. conectada a sistoflow con diuresis turbias, bajo volumen urinario, lavado mecánico y antisepsia, cierre de circuito a las 8:50, inicia cirugía, inciden

piel, disecan capas anatómicas, separan pericardio, colocan jaretas, canulan, inician circulación Extracorpórea, disminuyen temperatura, pinzan aorta y en asistolia, bajo protección miocárdica con hielo, realizan cambio de válvula, cierran aurícula, elevan temperatura, decanulan aorta, sale a asistolia, posteriormente a ritmo sinusal, apoyado con goteo Dobutamina 6ml/hra, Nitroglicerina 1ml/hra, revisan hemostasia, decanulan, colocan tubo número 40 en posición retroesternal, cuenta de textiles completa, cierran pericardio, aproximan esternón, tejido adiposo, piel, termina cirugía a las 11:55, sale a Terapia Postquirúrgica con una FC: 71x', T/A: 114/65, PVC: 12mm/H2O, T° 35.9°C, balance total positivo 1790ml.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN TERAPIA INTENSIVA

Una vez que fue trasladado don Anastasio a la Terapia, se monitorizó, se conectó al ventilador, se tomaron muestras de sangre para laboratorios, para determinar el gasto cardiaco, se estabilizó, y se recibió expediente.

Las medidas específicas que se fueron siguiendo son las siguientes:

- Vía aérea permeable.
- Respiración.
- Circulación, monitoreo cardiaco continuo.
- Drogas y soluciones.
- Restauración de la temperatura corporal.
- Control de líquidos.
- Evaluación y manejo del dolor.

- Se conectó el ventilador a la cánula del paciente y se auscultaron campos pulmonares.
- Se monitorizó en busca de trastornos del ritmo, se tomó electrocardiograma.
- Se realizó la conexión del saturómetro y se vigiló la saturación de oxígeno.
- Se conectó el cable de Gasto Cardiaco y parámetros hemodinámicos.
- Se instaló el cable de presión no invasiva.
- Se registraron signos vitales.
- Corrección de hipotermia.
- Valoración hemodinámica.
- Valoración renal volumen urinario, características.

- Se vigiló el estado de conciencia.
- Se vigiló el trabajo mecánico.
- Oxigenación
- Intercambio gaseoso.
- Equilibrio ácido- base.

Durante la estancia del señor Anastasio en la terapia intensiva, se logra extubar a las 23 horas del mismo 3 de julio, aún con goteos de nitroglicerina 10ml/hra, dobutamina 2ml/hra, insulina 7ml/hra, nitroprusiato 20ml/hra, los laboratorios se encuentran alterados en especial Leucocitos: 19.6, glucosa: 216mg/dl. Los goteos se fueron disminuyendo hasta ser retirados, se retiró sonda nasogástrica al extubarse, se mantuvo elevada la glucemia por lo la infusión de insulina se mantuvo aún.

Las acciones de enfermería que se realizaron en este día fueron:

- Se ha mantenido intubado, las gasometrías han estado adecuadas.
- Se inicia progresión y destete del ventilador.
- Saturando por arriba del 90%.
- Se realiza aspiración de secreciones.
- Se moviliza al paciente cada 2 horas.
- Se ha mantenido con control estricto de líquidos.
- Se han ministrado líquidos endovenosos.
- No se ha presentado edema en miembros inferiores.
- La diuresis ha sido forzada con diuréticos obteniéndose buen volumen urinario, obteniéndose un balance negativo.
- Mientras se encuentra intubado, se mantiene en ayuno.
- Se mantiene con soluciones intravenosas que lo mantengan hidratado.
- Una vez que es extubado se reinicia dieta.
- No ha evacuado, debido al ayuno prolongado.
- Su familiar se encuentra las 24 horas, quien ha permanecido más con él es su esposa.
- Se le pide a su esposa que dialogue con él.
- Se le pide que lo despierte para lograr extubarlo.

- Vigilancia estrecha de signos vitales. Se ha mantenido con tendencia a la hipertensión por lo que se continúa infusión de nitroprusiato.
- La glucemia se ha mantenido elevada se inició insulina en infusión.
- Se ha mantenido cubierta la herida por 72 horas no hay datos de sangrado, no presenta alteración alguna, no se palpa inestabilidad esternal.
- No hay datos de fiebre.

TERAPIA INTERMEDIA

4 de julio 2003

Al día siguiente fue trasladado a la terapia intermedia, su recuperación fue satisfactoria, no hubo alteración al ser trasladado a esta área, se mantuvo en reposo, logró comunicarse muy bien.

Las acciones de enfermería que se llevaron a cabo fueron:

- Vigilancia estrecha de signos vitales.
- Monitorización continua.
- Ministración de soluciones intravenosas.
- Ministración de oxígeno por púritan continuo.
- Se le proporciona fisioterapia pulmonar.
- Se ministran micronebulizaciones.
- Se auscultan ruidos respiratorios.
- Se realiza curación de la herida quirúrgica.
- Se moviliza fuera de la cama.
- Se toman laboratorios de control.
- Se realiza control de líquidos.
- Se cuantifica salida de líquido del drenaje retroesternal.
- Se cuantifica diuresis.
- Continúa con infusión de insulina, la glucemia continua elevada.
- Se le proporciona dieta blanda, la cual tolera con agrado.

Luego de un día en esta área, se pasó nuevamente a piso donde continuó en recuperación y en vigilancia, su evolución fue favorable durante la estancia en estas áreas de cuidados intensivos.

ETAPA DE VALORACIÓN

5 de julio 2003

Regresa don Anastasio de su cirugía a tercer piso nuevamente, se instala en la cama 322, en vigilancia estrecha, se encuentra consciente, orientado, aparentemente estable, se monitoriza observándose en Arritmia Completa por Fibrilación Auricular con FVM de más de 100 x', con palidez facial, mucosas orales semihidratadas, continúa con catéter trilumen por Yugular derecha, permeable a una solución de base a 40 ml/hra., su herida quirúrgica sin datos de sangrado, se encuentra descubierta, bien confrontada, no se palpa inestabilidad esternal, no presencia de signos de infección, campos pulmonares disminuidos por estertores finos en ambas bases, no logra expectorar, sin embargo se le ve con ligera dificultad respiratoria, se apoya con micronebulizaciones, fisioterapia pulmonar, ejercicios respiratorios. Se obtiene tos no productiva. Edema discreto de miembros superiores e inferiores

Se observa cansado, con sueño, le cuesta hablar, y prefiere estar solo, su esposa lo percibe molesto, no desea ver a nadie, al salir de su cirugía ha presentado descontrol de la glucemia.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

5 de julio 2003

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRON DE R.H.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Exceso del volumen de líquidos, relacionado al aporte de volumen de líquidos intravenosos, manifestado con edema de miembros superiores e inferiores.	- Aporte suficiente de agua.	- Intercambio.
- Alteración de la nutrición por defecto, relacionado a dificultad para aceptar los alimentos, manifestado por poco apetito, náuseas, sensación de plenitud.	- Aporte suficiente de alimentos.	- Intercambio.
- Estreñimiento relacionado con el reposo prolongado y estrés posquirúrgico, manifestado con dificultad para evacuar, malestar intestinal.	- Proceso de eliminación y los excrementos.	- Intercambio.
- Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Dolor, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por sufrimiento, intranquilidad.	- Prevención de peligros	- Sensaciones.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia.	- Prevención de peligros.	- Elección.

ETAPA DE PLANEACIÓN

5 de julio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración. Aporte suficiente de aire.	- Auscultar ruidos respiratorios.	✓	✓	No se logró una adecuada expectoración, se obtuvo solo tos no productiva.	
	- Proporcionar fisioterapia pulmonar.	✓	✓		
	- Pedirle que realice ejercicios respiratorios.		✓		✓
	- Enseñarle a toser.		✓		✓
	- Apoyarlo con micronebulizaciones.	✓			
	- Proporcionarle pirritan al 40% intermitente.	✓			
	- Observar características de las secreciones.	✓	✓		
	- Vigilar saturación de O2.	✓			
	- Proporcionar abundante agua para humidificar secreciones.	✓			
	- Valorar dificultad respiratoria.	✓	✓		
	- Posición de semifowler.		✓		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	
Exceso del volumen de líquidos, relacionado al aporte de volumen de líquidos intravenosos, manifestado con edema de miembros superiores e inferiores. Aporte suficiente de agua.	- Control estricto de líquidos.	✓	✓	Ha disminuido notablemente el edema de miembros superiores e inferiores, se logró un adecuado equilibrio en el aporte de líquidos.
	- Observar hidratación de mucosas.	✓	✓	
	- Vigilar el grado de edema.	✓	✓	
	- Restricción de líquidos.	✓	✓	
	- Administrar diuréticos intravenosos (miccil, furosemide, espironolactona).	✓	✓	
	- Vigilar niveles de electrolitos.	✓	✓	
	- Reposición de potasio, de ser necesario.	✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Alteración de la nutrición por defecto, relacionado a dificultad para aceptar los alimentos, manifestado por poco apetito, náuseas, sensación de plenitud. Aporte suficiente de alimentos.	- Valorar el estado de nutrición.	✓	✓	El resultado fue satisfactorio, ya que el paciente logró recuperar el apetito, y su recuperación fue satisfactoria.	
	- Pedir que consuma toda su dieta.		✓		✓
	- Mantener a temperatura adecuada su dieta.		✓		✓
	- Estar al pendiente de su higiene oral.		✓		✓
	- Acercarle utensilios para su lavado de manos.		✓		✓
	- Pedir a dietas que le proporcionen dieta nutritiva.	✓			
	- Retirar orinal durante sus alimentos.	✓	✓		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Estreñimiento relacionado con el reposo prolongado y estrés posquirúrgico, manifestado con dificultad para evacuar, malestar intestinal. Proceso de eliminación y los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar que la dieta sea blanda, rica en fibra. - Pedirle que se movilice según tolere. - Valorar distensión abdominal. - Administrar laxantes. - Pedirle que intente evacuar en cuanto tenga sensación de hacerlo. - Llevarlo al sanitario para más confianza y privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	Progresivamente el paciente fue mejorando su función intestinal, y su colaboración fue satisfactoria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad external. Prevención de peligros.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la herida quirúrgica que no haya datos de infección. - Realizar curación de su herida y mantenerla descubierta. - Pedirle que informe ante salida de cualquier líquido por la herida. - Pedirle que informe si hay dolor excesivo. - Evitar que se humedezca el parche del catéter. - Valorar temperatura. - Pedirle que informe en caso de escalofrío. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	El paciente estuvo al tanto de la evolución de su herida quirúrgica, se realizó curación, no hay datos de infección.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Dolor, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por sufrimiento, intranquilidad.	-	Pedirle al paciente que informe en caso de dolor.	✓	✓	Se logró trabajar en conjunto con el paciente para lograr disminuir el dolor, esto le proporcionó bienestar durante su postoperatorio.
	-	Valorar el tipo de dolor en escala del 1 al 10.	✓	✓	
	-	Ayudar al paciente con técnica de respiración superficial durante periodos de tos.	✓	✓	
	-	Proporcionar apoyos para cubrir su herida en el momento de la tos.	✓	✓	
Prevención de peligros.	-	Ministrar analgésicos (ketorolaco, tridol)	✓	✓	
	-	Verificar su eficacia.	✓	✓	
	-	Proporcionar medidas de bienestar.	✓		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento o de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	-	Ministración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular).	✓	✓	Se logró tener un control adecuado en los tiempos de coagulación, disminuyen de el riesgo de presencia de trombos.
	-	Vigilar alteración del estado de conciencia.	✓		
	-	Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓	✓	
Prevención de peligros.	-	Control de tiempos de coagulación regularmente.	✓		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
<p>Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipodimias, cefalea, angustia.</p> <p>Prevención de peligros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar con vigilancia estrecha. - Continuar monitorización continua. - Vigilancia de la fibrilación auricular. - Ministración de antiarrítmicos (digitálicos, betabloqueadores) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<p>Solo por la mañana presentó una frecuencia ventricular media elevada, se fue normalizando progresivamente durante el día.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
<p>Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia.</p> <p>Prevención de peligros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia y control de la glicemia capilar. - Administrar insulina según esquema. - Valorar glucosa en sangre por laboratorios. - Proporcionar dieta para diabético. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ 	<p>Los niveles de glucemia permanecen elevados, a pesar de la ministración de insulina.</p>

ETAPA DE VALORACIÓN

7 de julio 2003

Es el 4º día de postoperatorio, don Anastasio se encuentra consciente, orientado, monitorizado en arritmia completa por fibrilación auricular, la FVM es de más de 120x', continúa con su catéter por yugular derecha permeable a solución indicada, campos pulmonares hipoventilados a nivel basal no ha logrado toser ni eliminar secreciones, se sigue apoyando con micronebulizaciones, fisioterapia pulmonar y ejercicios respiratorios, se tomó placa de rayos X, no presenta alteraciones a nivel pulmonar, su herida quirúrgica en buen proceso de cicatrización, con cable epicárdico íntegro, sus miembros inferiores ya sin edema, llama la atención el descontrol de glucemia, el día de hoy fue de 270mg/dl. No ha podido evacuar desde el día de sus cirugía, le molesta el ruido del hospital, ha colaborado muy bien en deambular y permanecer en reposet, siente incómodo el catéter, está dispuesto a seguir colaborando en su tratamiento para recuperarse pronto.

Por la mañana presentó fibrilación auricular de conducción rápida, de hasta 150x', además de lipotimia, hipotensión arterial, diaforesis y palidez generalizada, luego de que se mejora el cuadro con tratamiento médico, continúa sin apetito y con astenia y adinamia. Esta situación lo comienza a preocupar, tanto a él como a su esposa, ya que de esta forma se le presentaban los cuadros estando en su casa, los médicos consideran que sea solamente adaptación del corazón a su nueva condición.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

7 de julio 2003

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRON DE R.H.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Exceso del volumen de líquidos, relacionado al aporte de volumen de líquidos intravenosos, manifestado con edema de miembros superiores e inferiores.	- Aporte suficiente de agua.	- Intercambio.
- Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Duelo anticipado relacionado a sensación de muerte por presencia de la arritmia manifestado por miedo, temor, angustia.	- Promoción de la normalidad.	- Sentimientos.
- Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia.	- Prevención de peligros.	- Elección.
- Alteración de los procesos familiares relacionado con inestabilidad emocional manifestado con deseos de estar solo, enojo, fastidio.	- Promoción de la normalidad.	- Relación.

ETAPA DE PLANEACIÓN

7 de julio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración. Aporte suficiente de aire.	- Auscultar ruidos respiratorios.	✓	✓		El paciente logró expectorar y mejorar su ventilación, progresivamente se han ido limpiando sus campos pulmonares, y se logró su apoyo.
	- Proporcionar fisioterapia pulmonar.	✓	✓		
	- Pedirle que realice ejercicios respiratorios.		✓	✓	
	- Enseñarle a toser.		✓	✓	
	- Apoyarlo con micronebulizaciones.	✓	✓	✓	
	- Proporcionarle púritan al 40% intermitente.	✓	✓		
	- Observar características de las secreciones.	✓			
	- Vigilar saturación de O ₂ .	✓	✓		
	- Proporcionar abundante agua para humidificar secreciones.	✓	✓		
	- Valorar dificultad respiratoria.		✓	✓	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Exceso del volumen de líquidos, relacionado al aporte de volumen de líquidos intravenosos, manifestado con edema de miembros superiores e inferiores. Aporte suficiente de agua.	<ul style="list-style-type: none"> - pedirle que use el orina. - Observar hidratación de mucosas. - Vigilar el grado de edema. - Ministrar diuréticos intravenosos (miccil, furosemide, espironolactona). - Vigilar niveles de electrolitos. - Reposición de potasio, de ser necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	Se logró disminuir el edema de miembros superiores e inferiores, el aporte de líquidos ha disminuido.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal. Prevención de pelizos.	<ul style="list-style-type: none"> - Pedirle al paciente que observe su herida que no haya datos de infección. - Realizar curación de su herida y mantenerla descubierta. - Pedirle que informe ante salida de cualquier líquido por la herida. - Pedirle que informe si hay dolor excesivo. - Valorar temperatura. - Pedirle que informe en caso de escalofrío. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ 	Se mantuvo en vigilancia la herida quirúrgica, no se presentó alteración a este nivel.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento o de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	-	Ministración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular).	✓	✓	No se presentó compromiso hemodinámico a nivel distal, el paciente no reportó alguna alteración.
	-	Vigilar alteración del estado de conciencia.	✓	✓	
	-	Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓	✓	
Prevención de peligros.	-	Pedirle al paciente que avise cualquier malestar e a nivel venoso.	✓	✓	
	-	Control de tiempos de coagulación regulamente.	✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia.	-	Continuar con vigilancia estrecha.	✓	✓	Se mantuvo una frecuencia ventricular media en rangos aceptables, se presentó alteración hemodinámica. Por la mañana.
	-	Continuar monitorización continua.	✓	✓	
	-	Vigilancia de la fibrilación auricular.	✓	✓	
	-	Pedirle al paciente que avise al presentar síntomas por la arritmia	✓	✓	
Prevención de peligros.	-	Ministración de antiarrítmicos (digirílicos, betabloqueadores)	✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Duelo anticipado relacionado a sensación de muerte por presencia de la arritmia manifestado por miedo, temor, angustia. Promoción de la normalidad.	- Dialogar con él, pedirle que exprese sus miedos.	✓	✓	Se logró que el paciente se expresara y externara sus miedos, esto le proporcionó tranquilidad y paz.
	- Proporcionade apoyo psicológico.		✓	
	- Pedir a su esposa que permanezca las 24 horas con él.	✓	✓	
	- Buscar la forma de que sus hijos se comuniquen con él.			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia. Prevención de peligros.	- Vigilancia y control de la glicemia capilar.	✓	✓	Continúa elevada la glucosa, no ha podido normalizar se.
	- Llevar a cabo esquema de insulina	✓	✓	
	- Ministrat insulina según esquema.	✓	✓	
	- Ministrat hipoglucemiantes orales (glibenclamida, metformin)	✓	✓	
	- Proporcionar dieta para diabético.	✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUA- CIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alteración de los procesos familiares relacionado con inestabilidad emocional manifestado con deseos de estar solo, enojo, fastidio. Promoción de la normalidad.	- Pedirle a su esposa que permanezca más tiempo con él.		✓	✓	El paciente logró manifestar con más libertad, sus miedos y angustias a su esposa esto permitió más comprensión de ambos y apoyo emocional de parte de ella.
	- Pedirles que expresen sus sentimientos, miedos y angustias.		✓	✓	
	- Buscar la forma de que el paciente se comunique con sus hijos pequeños.	✓	✓		
	- Pedirle a su esposa que le de muestras de cariño.	✓	✓	✓	
	- Permitir visita de otros familiares que le den ánimo.		✓	✓	
- Que eviten comentarios que lo incomoden.					

ETAPA DE VALORACIÓN

8 de julio 2003

El día de hoy cumple su 5º día de postoperado no ha sentido problemas con su herida quirúrgica, está en muy buenas condiciones, no ha presentado dolor en esternón, continúa monitorizado en arritmia completa pro FA rápida, se le retiró el catéter yugular, se cultivó punta, sus campo pulmonares están mejor ventilados, se sigue apoyando con ejercicios respiratorios, su glucemia se le comienza a controlar con hipoglucemiantes solamente. Sin embargo vuelve a presentar los síntomas del día anterior, FVM de hasta 160x' lipotimia, hipotensión, diaforesis, palidez generalizada y se añade cefalea intensa, queda en reposo y se le canaliza con catéter periférico en miembro superior derecho, se le pasa digitalico intravenoso, se mantiene en reposo, y se mejora la arritmia, los síntomas se van normalizando muy lentamente.

Se decide tomar laboratorios generales, se programa ecocardiograma para descartar la presencia de trombo en aurículas o disfunción de la válvula, se realiza interconsulta con arritmias. Esta situación lo comienza a angustiar, teme que se requiera nueva cirugía, no siente apetito, teme que sea algo de más riesgo y que tal vez peligre su vida. Se le concede a la esposa pase de 24 horas, ya que se piensa que sea algo psicológico y que don Anastasio lo presente de esa manera, se platica con él para tranquilizarlo, aparentemente comprende y se percibe menos angustiado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

8 de julio 2003

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRON DE R.H.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Duelo anticipado relacionado a sensación de muerte por presencia de la arritmia manifestado por miedo, temor, angustia.	- Promoción de la normalidad.	- Sentimientos.
- Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia prolongada en el hospital manifestado con fastidio, aburrimiento.	- Equilibrio entre actividad y reposo	- Movimiento.
- Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia.	- Prevención de peligros.	- Elección.

ETAPA DE PLANEACIÓN

8 de julio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración. Aporte suficiente de aire.	- Auscultar ruidos respiratorios.	✓	✓	Se auscultan los campos pulmonares sin presencia de estertores, ha logrado expectorar con más facilidad.
	- Proporcionar fisioterapia pulmonar.	✓	✓	
	- Pedirle que realice ejercicios respiratorios.		✓	
	- Enseñarle a toser.		✓	
	- Observar características de las secreciones.	✓		
	- Pedirle que ingiera abundante agua para humidificar secreciones.		✓	
	- Pedirle que deambule para evitar acumulo de secreciones.		✓	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal. Prevención de peligros.	- Pedirle al paciente que observe la herida quirúrgica que no haya datos de infección.		✓	✓	La herida se ha mantenido en muy buenas condiciones, el paciente ha estado al tanto de referimos cualquier alteración.
	- Realizar curación de su herida y mantenerla descubierta.	✓		✓	
	- Pedirle que informe ante salida de cualquier líquido por la herida.		✓	✓	
	- Pedirle que informe si hay dolor excesivo.		✓	✓	
	- Pedirle que informe en caso de escalofrío.		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento o de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular. Prevención de peligros.	- Ministración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular).	✓		✓	Los tiempos de coagulación se han mantenido en valores adecuados de acuerdo a la cantidad de anticoagulación que ingiere.
	- Vigilar alteración del estado de conciencia.	✓		✓	
	- Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓	✓		
	- Pedirle que avise en caso de dolor en extremidades.		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUA- CIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo del desempeño de la función relacionado con la fibrilación auricular rápida, manifestado por astenia, lipotimias, cefalea, angustia. Prevención de peligros.	- Monitorización continua.	✓		✓	Se logró una pronta recupera- ción de la arritmia; la presencia de su esposa le ayudó al paciente a sentir confianza y disminuyó su angustia. Al realizar un estudio minucioso de las posibles causas de la arritmia, no se encontró alteración alguna.
	- Valoración continua de la frecuencia cardíaca.	✓		✓	
	- Mantenerlo en reposo.	✓		✓	
	- Toma de tensión arterial.	✓	✓		
	- Valorar repercusión hemodinámica.		✓	✓	
	- Presencia de su esposa para apoyo emocional.		✓	✓	
	- Ministrar antiaritmico (digitálico, betabloqueador).	✓	✓		
	- Mantener una vía periférica.	✓	✓		
	- Estudios especiales para descartar alteración de la prótesis.	✓	✓		
	- Ecocardiograma, electrocardiograma.	✓	✓		
- Toma de laboratorios.	✓	✓			
- Interconsulta con arritmias.	✓		✓		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Duelo anticipado relacionado a sensación de muerte por presencia de la arritmia manifestado por miedo, temor, angustia.	- Dialogar con él, pedile que exprese sus miedos.		✓	✓	El paciente logró superar su temor, cambió su forma de ver las cosas y disminuyó su angustia.
	- Proporcionarle apoyo psicológico.	✓		✓	
	- Pedir a su esposa que permanezca las 24 horas con él..		✓	✓	
	- Buscar la forma de que sus hijos se comuniquen con él..		✓	✓	
Promoción de la normalidad.	- Buscar que realice actividades recreativas		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia prolongada en el hospital manifestado con fastidio, aburrimiento.	- Buscar momentos para dialogar con él.		✓	✓	Se logró que el paciente tuviera momentos de expansión, lo que permitió que se sintiera más tranquilo y estable.
	- Pedirle a su familiar que le traigan televisión o radio.		✓	✓	
	- Proporcionarle literatura para leer y entretenerse.	✓	✓	✓	
	- Pedirle a su familiar que lo acompañe a deambular.		✓	✓	
Equilibrio entre actividad y reposo.	- Mantener un ambiente adecuado para que interactúe con otros pacientes.	✓	✓		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA			EVALUA- CIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia. Prevención de peligros.	- Vigilancia y control de la glicemia capilar.	✓		Con ayuda de los hipoglucemiantes orales se ha ido estabilizando la glucosa.
	- Administrar insulina según esquema.	✓	✓	
	- Administrar hipoglucemiantes orales (glibenclámda, merformin)	✓	✓	
	- Proporcionar dieta para diabético.	✓	✓	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE VALORACIÓN

9 de julio 2003

El día de hoy el paciente amanece deprimido, no ha podido dormir por la angustia de su situación, no vuelve a presentar los síntomas de los días anteriores, esto lo tranquiliza un poco, se le dan resultados de sus estudios, no hay ninguna alteración a ningún nivel, el ecocardiograma no manifiesta algún problema, el departamento de arritmias no detecta algo anormal, de cualquier forma se le seguirá vigilando. su recuperación postquirúrgica va muy bien, se siguen disminuyendo los Leucocitos, la glucemia se ha controlado adecuadamente con el uso de hipoglucemiantes, su herida quirúrgica media esternal en buen proceso de cicatrización.

Ya más tarde cambia el semblante de don Anastasio ya que se le informó que no había alteración alguna, pudo comer, recibió muy bien a sus visitas, se le mencionó que de seguir todo bien se le daría de alta el próximo viernes, esto lo alegró mucho y sobretodo porque volvería a ver a sus hijos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

9 de julio 2003

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	REQUISITO UNIVERSAL.	PATRÓN DE R.H.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia prolongada en el hospital manifestado con fastidio, aburrimiento.	- Equilibrio entre actividad y reposo	- Movimiento.
- Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia.	- Prevención de peligros.	- Elección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ETAPA DE PLANEACIÓN

9 de julio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración. Aporte suficiente de aire.	- Auscultar ruidos respiratorios.	✓		✓	Al paciente se le auscultan los campos pulmonares mucho más limpios, se ha logrado su participación en mejorar su ventilación.
	- Proporcionar fisioterapia pulmonar.	✓		✓	
	- Pedirle que realice ejercicios respiratorios.			✓	
	- Enseñarle a toser.		✓	✓	
	- Observar características de las secreciones.	✓		✓	
	- Pedirle que ingiera abundante agua para humidificar secreciones.			✓	
	- Pedirle que deambule para evitar acumulo de secreciones.		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA				EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de infección relacionado a la herida quirúrgica, manifestado con fiebre, calor local. Prevención de peligros.	- Pedirle al paciente que observe su herida quirúrgica.		✓	✓	No se ha presentado problema alguno en relación de la herida quirúrgica.
	- Realizar curación de la herida quirúrgica	✓	✓	✓	
	- Palpación del estemón para valorar inestabilidad esternal.	✓	✓	✓	
	- Toma de rayos X para descartar problema pulmonar.	✓	✓	✓	
	- Toma de laboratorios de control.	✓	✓	✓	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de alteración de la perfusión úsular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento o de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Ministración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular). - Vigilar alteración del estado de conciencia. - Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓ ✓ ✓	 ✓	✓	Se disminuyó el presencia de trombos, debido a un control de tiempos óptimo, se logró una participación del paciente adecuada.
Prevención de peligros.	- Recorde al paciente que informe cualquier alteración en extremidades.		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Déficit de actividades recreativas relacionado con estancia prolongada en el hospital manifestado con fastidio, aburrimiento.	- Buscar momentos para dialogar con él. - Permitirle que vea televisión. - Dejar espacios para que descanse. - Pedirle que manifieste sus gustos. - Pedirle a su familiar que lo acompañe a deambular.	 ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓	El paciente se sintió más descansado y con deseos de dialogar, así como no manifestaba ya malestar, ni aburrimiento.
Equilibrio entre actividad y reposo.	- Mantener un ambiente adecuado para que interactúe con otros pacientes.		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de infección relacionado a la herida quirúrgica, manifestado con fiebre, calor local.	- Vigilancia de la herida quirúrgica. - Realizar curación de la herida quirúrgica - Palpación del esternón para valorar inestabilidad esternal. - Toma de rayos X para descartar problema pulmonar. - Toma de laboratorios de control.	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓		La herida quirúrgica se ha mantenido en un buen proceso de cicatrización, se ha descartado infección a otros niveles, los laboratorios se mantuvieron en niveles adecuados.
Prevención de peligros.					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Deterioro de la adaptación relacionado con hiperglucemia.	- Vigilancia y control de la glicemia capilar. - Ministrar hipoglucemiantes orales (glibenclamida, metformina) - Proporcionar dieta para diabético. - Pedir que evite consumir alimentos ricos en azúcares.	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓		Se logra estabilizar la glucosa no ha vuelto alterarse el día de hoy.
Prevención de peligros.					

Hoy ha estado muy bien el señor Anastasio, no ha vuelto a presentar los síntomas de hace 3 días. El médico le refiere que pudo haber sido parte de la adaptación del corazón, se le informó que debido a la cardiomegalia su recuperación sería lenta. Se observa más tranquilo, más estable, con mejor semblante, ha podido comer muy bien, no ha habido problemas con su herida quirúrgica, sus campos pulmonares bien ventilados, ha podido deambular sin problemas.

Se le informó que al no haber ya problemas por la arritmia podía darse de alta el día de mañana. se le informa sobre los cuidados que ha de tener una vez dado de alta, se le da información sobre el uso de anticoagulantes, sobre las complicaciones que puede tener tanto el disminuir la dosis como el aumentarla, se le informó sobre su dieta, se le habló sobre los riesgos de las prótesis mecánicas en relación a cualquier tipo de infección, que debía acudir a urgencias ante cualquier síntoma de infección.

ETAPA DE DIAGNÓSTICO

10 de julio 2003

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	REQUISITO UNIVERSAL	PATRÓN DE R.H.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estenores bibasales, manifestado por tos, expectoración.	- Aporte suficiente de aire.	- Intercambio.
- Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.
- Déficit de conocimiento, relacionado con los cuidados que se han de realizar en casa, manifestado por duda, preocupación.	- Prevención de peligros.	- Conocimiento.
- Alto riesgo de lesión relacionado con los requerimientos del egreso de forma que se dé de alta en las mejores condiciones.	- Prevención de peligros.	- Intercambio.

ETAPA DE PLANEACIÓN

10 de julio 2003

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a presencia de estertores bibasales, manifestado por tos, expectoración. Aporte suficiente de aire.	- Auscultar ruidos respiratorios.	✓		Continúa mejorando su aporte de oxígeno, el paciente ha colaborado adecuadamente.
	- Proporcionar fisioterapia pulmonar.	✓		
	- Pedirle que realice ejercicios respiratorios.		✓	
	- Enseñarle a toser.		✓	
	- Observar características de las secreciones.	✓		
	- Pedirle que ingiera abundante agua para humidificar secreciones.		✓	
	- Pedirle que deambule para evitar acumulo de secreciones.		✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo	
Alto riesgo de infección, relacionado con la herida quirúrgica, manifestado por fiebre, calor local, edema de o inestabilidad esternal. Prevención de peligros.	- Recordarle que observe la herida quirúrgica que no haya datos de infección.		✓	Continúa la herida en muy buen proceso de cicatrización.
	- Mantenerla descubierta.	✓		
	- Pedirle que informe ante salida de cualquier líquido por la herida.		✓	
	- Pedirle que informe si hay dolor excesivo.		✓	
- Palpación del esternón para valorar inestabilidad esternal..	✓		✓	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Alto riesgo de alteración de la perfusión tisular a cualquier nivel relacionado con desprendimiento de trombos por la presencia de Fibrilación Auricular.	- Ministración de anticoagulante (como heparina, cianocumarina, heparina de bajo peso molecular).	✓		✓	Se continúa con un control adecuado de tiempos de coagulación, lo que evitó el riesgo de presencia de trombos.
	- Vigilar alteración del estado de conciencia.	✓		✓	
	- Vigilar compromiso hemodinámico en miembros superiores e inferiores.	✓	✓		
Prevención de peligros.	- Control de tiempos de coagulación regulamente.	✓		✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
	Totamente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Apoyo educativo		
Déficit de conocimiento, relacionado con los cuidados que se han de realizar en casa, manifestado por duda, preocupación.	- Se informa al paciente sobre su egreso.		✓	✓	El paciente se quedó satisfecho con respecto a la información recibida y ruvo confianza en resolver sus dudas, de forma que la información fuera más completa.
	- Se informa sobre los cuidados de su herida.		✓	✓	
	- Se informa sobre la importancia de continuar con su tratamiento.		✓	✓	
	- Se informa sobre la importancia del uso del anticoagulante.		✓	✓	
	- Se informa sobre la importancia de asistir a sus citas.		✓	✓	
	- Se da clase sobre su adaptación a la vida diaria.		✓	✓	
Prevención de peligros.	- Se le resuelven dudas.		✓	✓	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA /REQUISITO UNIVERSAL	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			EVALUACIÓN	
		Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio		Apoyo educativo
Alto riesgo de lesión relacionado con los requerimientos del egreso de forma que se dé de alta en las mejores condiciones.	- Se tomaron laboratorios de control. - Aún se continúa monitoreado. - Se mantiene en vigilancia estrecha. - Se retira vía periférica. - Se le pide que informe ante cualquier alteración que sienta.	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	✓	El paciente se encuentra en condiciones óptimas, en un buen estado de ánimo, no ha manifestado y anomalías con respecto a su arritmia.
Prevención de peligros.					

ETAPA DE VALORACIÓN

11 de julio 2003

Hoy es dado de alta don Anastasio, es valorado por su médico tratante, se ha estado llevando control por medio de laboratorios continuos, estos han estado favorables, se le retira vía periférica, no presentó más incidentes. Su herida quirúrgica sin datos de infección, no inestabilidad esternal, no hay datos de dificultad respiratoria, su glucemia controlada, miembros inferiores sin datos de edema azuados normales, electrolitos adecuados.

Se le entrega un plan de egreso, el cual menciona los puntos que ha de tener en cuenta para llevar su control en casa, saber los cuidados a la herida quirúrgica, lo que se le recomienda para mantener un aporte suficiente de aire, de agua, de alimentos, lo relacionado a su comunicación con su esposa e hijos, lo que se debe considerar una urgencia y que no duden en acudir, que busque valorar su vida para evitar deprimirse, que no dude en preguntar todo lo referente a su salud, y a las posibles complicaciones, que esté alerta ante los peligros que puedan ocurrir, que pida participación de su familia para que se involucren con su situación y sepan como actuar ante lo que él requiera.

ETAPA DE PLANEACIÓN

11 de julio 2003

PLAN DE EGRESO

Usted ha pasado por todo un proceso de enfermedad, se le ha realizado una intervención quirúrgica, un Cambio Valvular Mitrál. Sabe que toda cirugía requiere de recuperación; en muchas ocasiones el organismo responde a su estilo, y probablemente en determinadas reacciones incluso usted se sorprenda de sus reacciones, recuerde que somos seres humanos y formamos un todo, estamos integrados por emociones, reacciones, impulsos; sin embargo, de igual manera estamos hechos para adaptarnos en diferentes entornos y situaciones. El tiempo que se le sugiere para un mayor cuidado de su salud, son 2 meses; se pretende que poco a poco se vaya integrando a su vida cotidiana, se le dan las siguientes sugerencias para que pueda llevarlas a cabo una vez integrado en su rol familiar.

CUIDADOS A SU HERIDA QUIRÚRGICA

- Observar que no haya presencia de enrojecimiento, inflamación o salida de algún líquido por la herida.
- Baño diario y lavar bien su herida con agua y abundante jabón.

- Dejar descubierta la herida para evitar que permanezca húmeda y así cicatrice más rápido.
- Tomar analgésicos en caso de dolor.
- No cargar cosas pesadas durante un mes.
- Evitar estar expuesto a polvo o algún contaminante.

APORTE DE AIRE

- Realizar actividades que no lo fatiguen.
- Continuar con ejercicios respiratorios por 15 días más.
- Pedirle a su esposa que le proporcione fisioterapia pulmonar.
- Intente toser para eliminar secreciones.
- Observe las características de las mimas.

APORTE DE AGUA

- El agua que ingiera que sea la suficiente aproximadamente 1500ml al día.
- Puede vigilar sus manos y sus pies que no se vean edematizados.
- Vigile las veces que valla a orinar.
- Observe que no haya sangre en su orina o que no cambie de color.

ALIMENTOS

- Cuide que su alimentación sea nutritiva.
- Que sea rica en fibra, para evitar estreñimiento.
- Consumir verduras de hoja verde una vez por semana, los demás días no consuma verduras de hoja verde.
- Recuerde que no es la cantidad sino la calidad lo que cuenta.
- Evite consumir en lugares públicos.

PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

- Trate de tomar agua suficiente.
- Busque momentos para deambular.
- Si siente estreñimiento consuma alimentos blandos.
- Consuma alimentos ricos en fibra.

EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO

- Caminar dentro de su casa, no fatigarse,
- Mantenerse sentado si se fatiga.

- Puede leer algún libro que lo descansa.
- Escuche música que le agrade, de preferencia tranquila.

EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

- Dialogue con su esposa con respecto a lo que pasó este tiempo.
- Mencionen sus sentimientos en torno a la cirugía (miedos, angustias, tristezas, dolor, alegría)
- Platique con sus hijos.
- Dese tiempo para entender sus propias reacciones.
- Que los momentos de soledad lo ayuden a conocerse mejor.

PREVENCIÓN DE PELIGROS

- No interrumpa su tratamiento luego que sea dado de alta.
- Lleve adecuadamente su tratamiento de anticoagulante según su carnet.
- Acuda a sus consultas oportunamente.
- En caso de fiebre, escalofrío, palpitaciones, acuda a urgencias.
- Lleve un control periódico con su dentista para evitar infección.
- Ante cualquier riesgo de infección, acuda a un médico.
- No se automedique.
- Se presenta "moretones", en cualquier parte del cuerpo acuda a urgencias.
- Evite cepillar muy bruscamente sus dientes para evitar sangrado.
- Recuerde que por tomar anticoagulantes, cualquier sangrado va a durar más de lo normal.
- Pida ayuda siempre que lo necesite.

PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

- Usted es una persona muy valiosa para su familia, se sabe querido tanto por su esposa como por cada uno de sus hijos.
- Cuando se sienta deprimido piense en ello y valore cuánto lo quieren.
- Dese cuenta que si a sus hijos los enseña a manifestar cariño, ellos de lo van a agradecer, y una forma de enseñar es siendo cariñoso con ellos.
- Decirle a las personas que viven cerca de usted, lo importante que son para usted, eleva su autoestima.
- Recuerde que la enfermedad es una oportunidad de detenerse y revisar su vida, valorar y agradecer lo bueno, corregir lo no tan bueno y programar lo que desea, viendo siempre el bien de quienes lo rodean.

1ª evaluación del plan de egreso

18 julio de 2003

Este día se llevó a cabo una visita al señor Anastasio, se evaluó el plan de egreso, él mencionó que necesitaba tiempo para lograr recuperarse, se sentía mejor de salud, pero aún requería reposo. Su esposa lo ha estado cuidando muy bien y ella es la que ha tomado muy en serio su papel de cuidadora.

Dentro del plan de egreso lo que se refiere a cuidados de su herida quirúrgica consideran de primordial importancia el tener los cuidados necesarios.

Dentro del aporte de aire, mejoró de forma notable la ventilación, aún continúa con reposo y realizando actividades que no lo fatigan, no hay presencia de tos.

Dentro del aporte de agua, su esposa ha estado al tanto de la cantidad de líquidos que ingiere el paciente, aunque el señor Anastasio no respeta mucho esto.

Dentro de los alimentos que ingiere, son nutritivos, aunque refiere sentirse con hambre, y consume más de lo que su esposa le tiene preparado, por lo que ha habido días que ha presentado evacuaciones diarreicas que cesan sin tratamiento, han respetado lo referente al consumo de verduras de hoja verde.

No ha tenido problemas de estreñimiento.

Ha procurado mantener equilibrio entre actividad y reposo, incluso han estado rentando películas para los momentos libres.

Ha habido momentos para dialogar, para compartir experiencias.

Han estado al tanto en el seguimiento del tratamiento, han estado al tanto de cuidar su salud en relación a presencia de infección a cualquier nivel, el señor Anastasio ha tenido todo el apoyo de su esposa, incluso para problemas de su trabajo, ella ha salido al frente con su hijo el mayor.

En este día se realizó una segunda visita al señor Anastasio, se le veía mejor semblante, más recuperado, y con ánimos de dialogar, se percibió más interacción entre su esposa y él, ella refiere que es difícil por momentos que él siga su dieta como debe ser, que ya quiere cargar cosas pesadas, que todavía no debería deambular demasiado. Se le recomendó que siguiera su dieta, se le pidió que deambulara y que poco a poco fuera aumentando sus actividades, de forma que progresivamente se adaptaría nuevamente a sus actividades diarias, él está dispuesto a no discutir con su esposa, está consciente de que ella quiere su salud y prefiere estar de su lado aunque hay momentos en que siente que exagera en algunas cosas.

Su herida se observa ya cicatrizada, se le pidió que siguiera sin cargar cosas pesadas ya que por dentro aún no cicatriza del todo.

Ha tenido espacios de descanso y recreación, su esposa lo acompaña a deambular fuera de casa.

Ha tenido visitas de familiares y conocidos, dialoga con su esposa e hijos.

No ha interrumpido su tratamiento, ha acudido a urgencias por que ha vuelto a presentar diaforesis, no refiere palpitaciones, acudió a cita de anticoagulantes, lo felicitaron por su recuperación tan favorable, ha estado el tanto de las complicaciones del anticoagulante, el rango de INR estuvo aceptable.

Se ha visto interés en buscar formas para una pronta recuperación, la esposa se observa interesada en conocer cada vez mejor lo relacionado a la enfermedad de su esposo, y está dispuesta a ayudarlo en todo lo referente a cualquier alteración que se pueda presentar, ha buscado las formas de resolver sus dudas con el personal de la salud; de igual manera el señor Anastasio se muestra con más interés en su proceso de salud-enfermedad, se le ve más involucrado en este proceso, y está dispuesto a buscar formas para mantenerse en un adecuado equilibrio, de forma que evite situaciones que lleven a complicar su estado de salud, luego de su cirugía.

VIII CONCLUSIONES

Al término de este estudio de caso, se concluye que las intervenciones de enfermería llevan todo un proceso que las hace dinámicas e integrales, cada acción requiere precisión, fundamentación sólida a la vez que creatividad e innovación.

Toda intervención de enfermería requiere diagnósticos que se deducen de necesidades y problemas de un paciente dado, y de ellas se derivan las acciones precisas a realizar, vemos que al tener en cuenta a la persona de forma holística, los cuidados son más personalizados por lo tanto el impacto de los mismos es de gran relevancia.

El tomar como base una teoría determinada, nos permite una gama de posibilidades para el manejo de un paciente con características específicas, vemos que en particular, la teoría del autocuidado nos permite involucrar al paciente y su familia en el mismo proceso de atención, esto hace que la participación en la salud-enfermedad sea más completa y se obtienen resultados muy favorables en bien del paciente, además que la teoría permite evaluar la necesidad de autocuidado en el momento en que se presenta la enfermedad, ya que se puede ir adaptando a las circunstancias del paciente, esto es, dependiendo de sus necesidades y del grado de dependencia que le genere su enfermedad.

Por lo tanto se concluye que la teoría del autocuidado propuesta por Dorothea Orem es aplicable en pacientes con patología de Insuficiencia Cardíaca ya que se pudo realizar con un paciente y dio resultados muy satisfactorios, se logró la participación activa del paciente y de su familia, se involucraron con todo el proceso de enfermería de forma creativa, se logró una orientación educativa que permitió dar continuidad al proceso dentro del ambiente familiar.

Es necesario hacer énfasis de que las acciones de enfermería influyen en este proceso del ser humano como es la salud- enfermedad, ya que no solo se ha de enfocar en el padecimiento dado, sino que dicho padecimiento involucre una serie de situaciones personales, por lo que se debe considerar a la persona como un todo integrado holísticamente, lo cual hace más valiosa nuestra participación como profesionales de la salud, ya que colaboramos en la preservación de la vida, dejando un impacto en nuestras acciones para lograr una trascendencia de nuestra profesión.

IX BIBLIOGRAFÍA

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KRUPP, Marcus A. 1990. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 28ª revisión anual, Edit. El Manual Moderno. México, D.F.
2. CAVANAGH Stephen J. 1993. Modelo de Orem Aplicación Práctica. Edit. Masson - Salvat. Barcelona, España.
3. OREM Dorothea E. 1993. Modelo de Orem, conceptos de Enfermería en la Práctica. Edit. Masson - Salvat. Barcelona, España.
4. PROGRAMA INTERNACIONAL para la actualización médica. febrero 1995. Medicine, tratado de medicina práctica, 4ª edición, México 26.
5. ASOCIACIÓN DE SOCIEDADES MÉDICAS de hospitales privados del D.F., A.C. agosto 1997. Visión Hospitalaria, año 1, núm. 2, pp20-24.
6. GUADALAJARA J. Fernando 1997. Cardiología, 5ª edición. Edit. Mendez. México, D.F.
7. IYER Patricia W. 1997. Proceso y Diagnóstico de Enfermería, 3ª edición. Edit. McGraw-Hill, Interamericana. México, D.F.
8. MARRINER Toney Ann. 1998. Modelos y Teorías en Enfermería, 4ª edición. Edit. Mosby. Madrid, España.
9. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. julio 1999. Revisiones Bibliográficas para el Médico General, programa nacional de Actualización y Desarrollo académico para el Médico General, vol. 4 núm. 5, p 8-9.

CONSULTAS BIBLIOGRÁFICAS

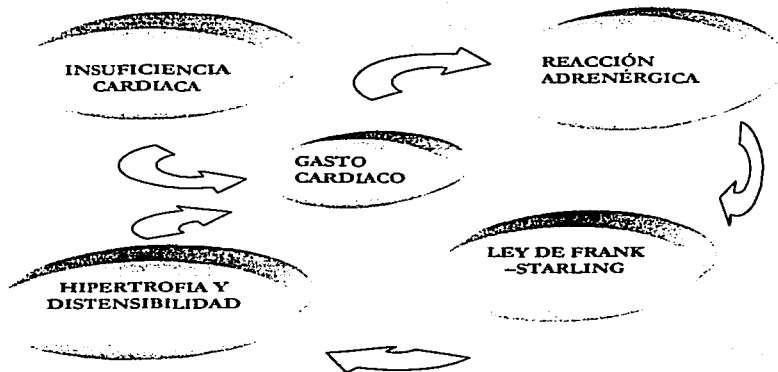
10. ROBBINS Angel 1990. Patología Básica. Edit. Interamericana. México.

11. SOKOLOW Maurice 1990. Cardiología Clínica 5ª edición Edit. El Manual Moderno. México.
12. BRUNNER Lilian S. 1991. Manual de la Enfermera. Tomo I. 4ª edición. Edit. Interamericana McGraw-Hill. México, D.F.
13. WILSON Jean D Harrison's 1991. Principios de Medicina Interna 12 º edición. Edit. Interamericana, McGraw-hill, México, D.F.
14. WOLFF Lewis LuVerne 1992. Fundamentos de Enfermería. 4ª edición. Edit. Harla. México, D.F.
15. TORTORA Gerard J. 1993. Principios de Anatomía y Fisiología, 6º edición. Edit. Harla. México, D.F.
16. OREM, Doretea E. 1995. Nursing: Concept of Practice, 5ª edición. Edit. Mosby. St. Luis.
17. POTTER Patricia A. 1995. Guía Clínica de Enfermería. Valoración de la Salud, 3ª edición. Edit. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España.
18. STEPHEN 1995. Modelo de Orem. Aplicación y Práctica. Edit. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España.
19. POTTER Patricia A. 1996. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica, 3ª edición. Edit. Mosby/Doyma Libros. Madrid, España.
20. SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA. 2002. PLAC Cardio -3 Insuficiencia Cardiaca. Libro 9. Edit. Intesistemas. México. D.F.
21. TURKER Susan Martín 2002. Normas de Cuidados del Paciente, Vol 1. Edit. Harcourt -Océano. España.
22. URDER Linda D. 2002. Cuidados Intensivos de Enfermería, Vol 1. Edit. Harcourt -Océano. España.
23. Marriner Tomey Ann 2003. Modelos y Teorías en Enfermería, 5ª edición. Edit. Elsevier/mosby. Madrid, España.

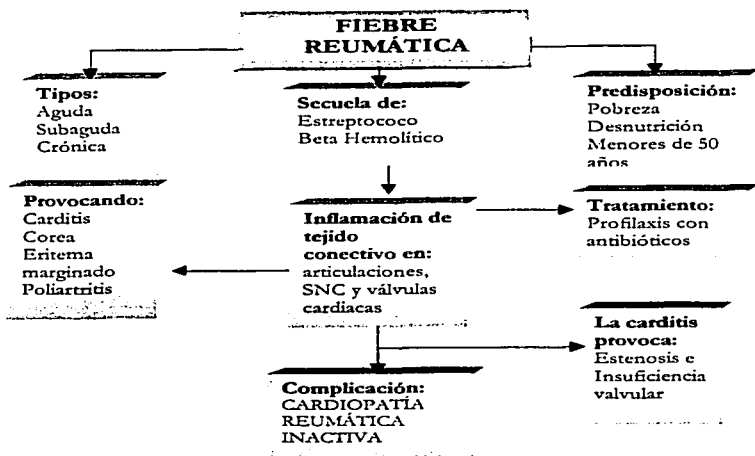
DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

24. <http://www.msd.com.mx/pacientes/corazón/teinsufic03.htm>
25. [http://www.modem.com/MedL.B/article_detalleb.cfm/.](http://www.modem.com/MedL.B/article_detalleb.cfm/)
26. <http://www.drscope.com/cardiologia/pac/cardiaca.htm>
27. <http://www.uuhsc.utah.edu/healthinfo/spanish/Cardiac/rheumat.htm>
28. http://www.muhealth.org/-nursing/scdnt/wwwboard/scdnt_board.html
29. <http://www.muhealth.org/-nursing/scdnt/november28.htm>
30. <http://www.muhealth.org/-nursing/scdnt/november00.ht>

X ANEXOS

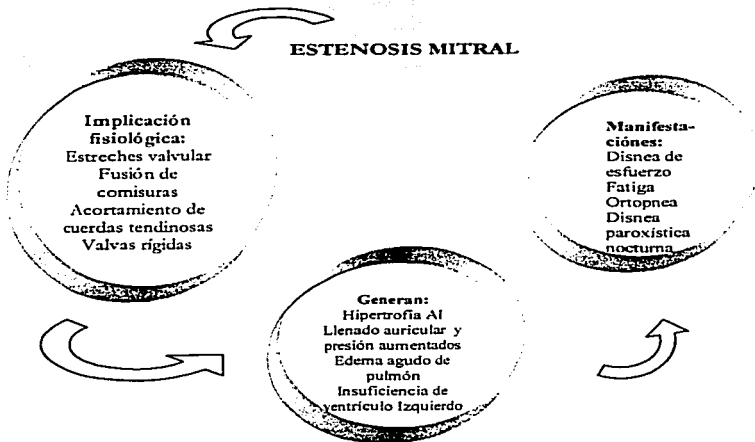


1. Curso que lleva la insuficiencia cardíaca en relación al gasto cardíaco y a los mecanismos compensadores.



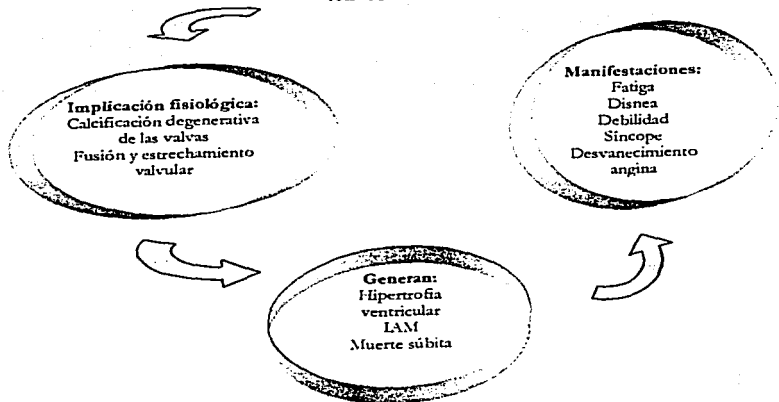
2. Evolución de la Fiebre Reumática.

ESTENOSIS MITRAL



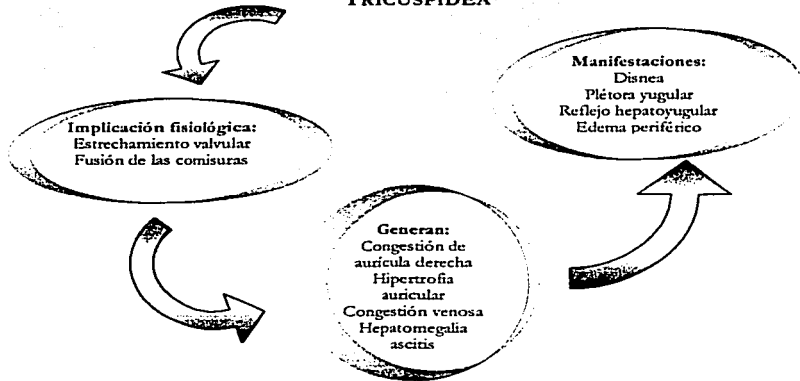
3. Implicación fisiológica de la Estenosis Mitrál.

ESTENOSIS AÓRTICA

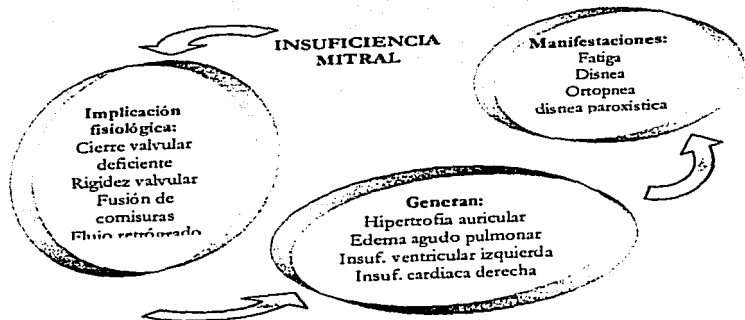


4. Evolución e implicación fisiológica de la Estenosis Aórtica.

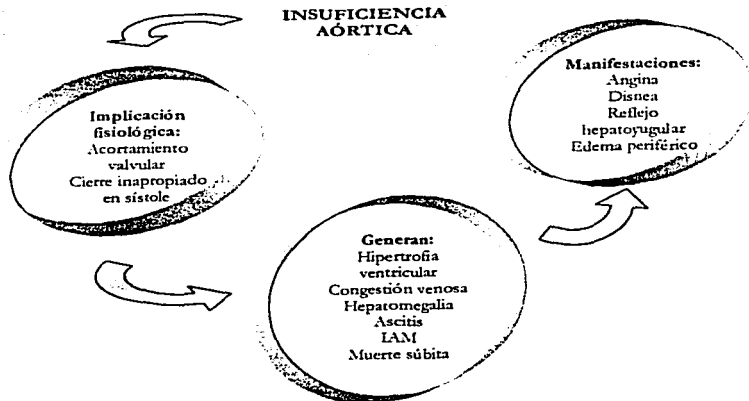
**ESTENOSIS
TRICUSPIDEA**



5. Evolución de la Estenosis Tricuspidéa, la implicación fisiológica y sus manifestaciones a nivel sistémico.

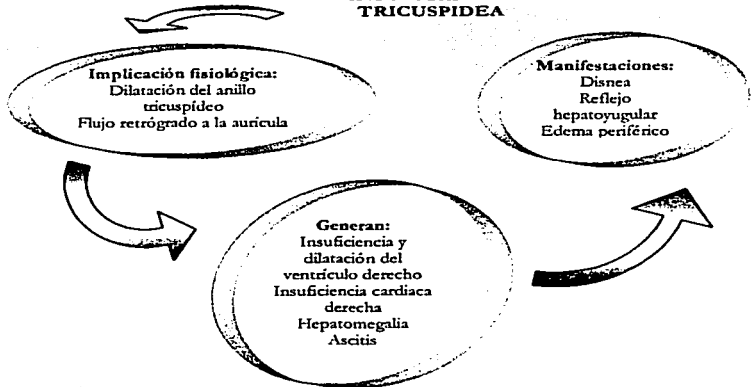


6. Evolución natural de la Insuficiencia Mitral.

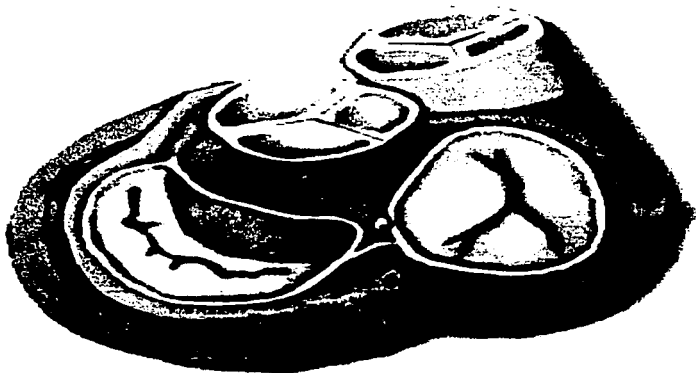


7. Evolución fisiológica natural de la Insuficiencia Aórtica.

**INSUFICIENCIA
TRICUSPÍDEA**

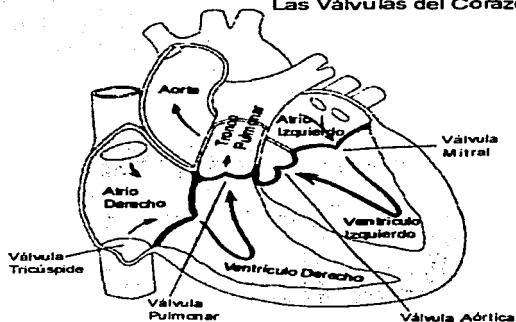


8. Manifestaciones fisiológicas de la Insuficiencia Tricuspídea.



9. En el presente dibujo podemos apreciar las válvulas que mantienen el flujo de sangre en una misma dirección.

Las Válvulas del Corazón



10 Aquí vemos igualmente las válvulas cardíacas y se nos muestra las cámaras que están involucradas.

- 11 Gammagrafía: aquí se muestra un corazón normal, los ventrículos son grandes durante la diástole y contraídos durante la sístole.

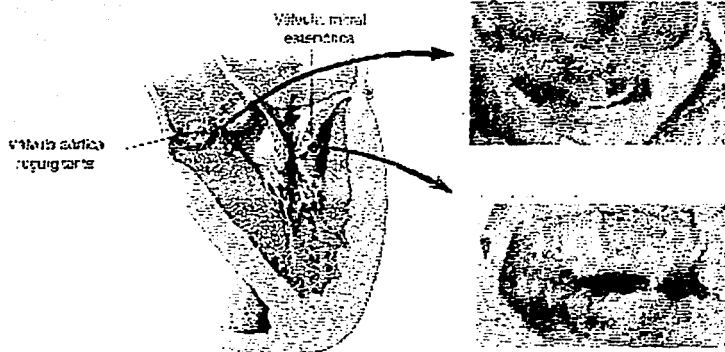
Diástole



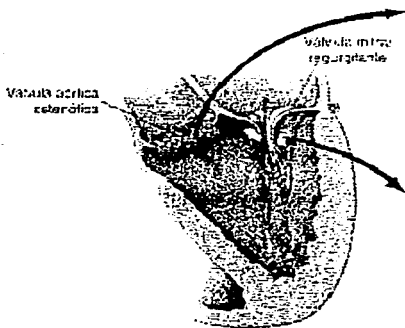
Sístole



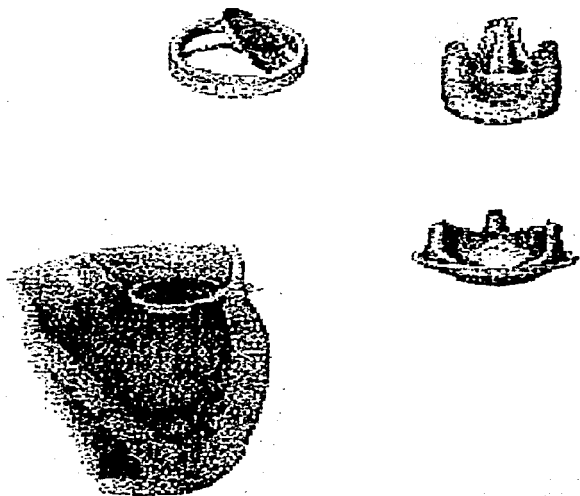
Gammagramas anormales muestran un corazón debilitado, no puede contraerse tan fuerte, el tamaño de los ventrículos cambia muy poco entre diástole y sístole



12 en estos dibujos vemos la válvula aórtica regurgitante o insuficiente dañada por infección. Y estenosis de la válvula mitral como resultado de una fiebre reumática.



- 13 En este otro dibujo observamos una válvula aórtica estenosada causada por depósitos de calcio que impiden que la válvula se abra adecuadamente.



- 14 Vemos aquí diferentes válvulas artificiales, una válvula mecánica de disco inclinable, válvula de tejido porcino y una válvula de tejido pericárdico, vemos además una válvula artificial suturada después de retirar la enferma.

10.1 MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

QUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, APLICADO AL PACIENTE.

FAVOR DE CONTESTAR LO QUE A CONTINUACIÓN SE LE PREGUNTA:

NOMBRE: _____

EDAD _____

SEXO _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

ESCOLARIDAD _____

SUBRAYE LA RESPUESTA QUE CREA CORRECTA, DE ACUERDO A SU ESTADO
ACTUAL

I. AIRE

1. ¿Sabe a que se debe que se fatiga?

- a) Si
- b) No
- c) No es necesario que se me informe

2. ¿Cuántas almohadas usa para dormir?

- a) 1 almohada
- b) 2 almohadas
- c) 2 o más

3. Se fatiga cuando:

- a) sube escaleras
- b) camina
- c) aún estando en cama

II. AGUA

4. ¿Está enterado de si es necesario disminuir la cantidad de agua?

- a) Si
- b) No
- c) No es necesario que se me informe

5. ¿Sabe cuantos vasos de agua puede tomar al día?

- a) Si
- b) No
- c) No es necesario que se me informe

6. ¿Sabe el motivo de la disminución de los líquidos?

- a) Si estoy enterado
- b) No estoy enterado
- c) No he preguntado

III. ALIMENTO

7. ¿Considera que su alimentación es nutritiva?

- a) Si
- b) No
- c) No lo se

8. ¿Cree que come lo suficiente?

- a) Si
- b) No
- c) En ocasiones

9. Su ingesta de carne es:

- a) Diario
- b) 3 veces a la semana
- c) 1 vez a la semana

EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO

10. ¿busca momentos para descansar?

- a) Si
- b) No
- c) No lo necesito

11. ¿Le gusta leer algún libro?

- a) Si
- b) No
- c) No creo que sea necesario

12. ¿Está acostumbrado a escuchar música, ver televisión?

- a) Si
- b) No
- c) No lo necesito

13. ¿Cómo se le hace el ruido en el hospital?

- a) Tolerable
- b) Bastante ruido
- c) No le doy importancia

EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD Y RELACION

14. ¿Le gusta platicar con su médico?

- a) Si
- b) No
- c) No creo que sea necesario

15. ¿Le inquieta la presencia de su familia?

- a) si
- b) no
- c) no le doy importancia

16. ¿prefiere estar solo?

- a) Si
- b) No
- c) No le doy importancia

IV. PREVENCIÓN DE PELIGROS

17. ¿Conoce su enfermedad, pide información acerca de su tratamiento?

- a) Si
- b) No
- c) No lo creo necesario

18. ¿Le interesa colaborar con el cuidado de su propia salud?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

19. ¿Qué hace cuando se marear?

- a) Busco ayuda
- b) Me angustio
- c) No se que hacer

V. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

20. ¿La enfermedad actual le deprime?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

21. Al pensar en su calidad de vida:

- a) Siente interés
- b) No le torna importancia
- c) No piensa en ello

22. ¿Los demás se interesan por su salud?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

23. ¿Solicita ayuda cuando lo necesita?

- a) Si
- b) No
- c) No es necesario

24. ¿Busca diferentes formas de aliviar sus molestias?

- a) Si
- b) No
- c) No encuentra la forma

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

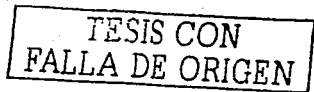
DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENTREVISTA INFORMAL, FOCALIZADA, EXCLUSIVA, QUE NOS PERMITA RECOLECTAR INFORMACIÓN, APLICADA AL PACIENTE.

RAPPORT

Para iniciar la entrevista es necesario crear un clima de confianza, comenzar con un diálogo general, es preciso que se adopte una actitud de cordialidad y apertura, dispuesto a lo que el otro me quiere confiar.

LA CIMA

En esta etapa se aborda el tema de interés para el entrevistador, es preciso que las preguntas sean claras y que se domine el tema. En mi entrevista haré referencia los factores básicos condicionantes así como los requisitos de desviación de la salud:



FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES:

Nombre	Estudios
Edad	Trabajo
Sexo	Salario
F. de Nac.	Actividad residente
Lugar de Nac.	Familiares

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

¿Quién está más en casa?

- a) Papá
- b) Mamá
- c) Algún hermano

La responsabilidad de la educación de los miembros de la familia recae más en:

- a) Padre
- b) Madre
- c) El hermano mayor

¿Quién acostumbra atender al miembro de la familia que enferma?

¿Se le dan cuidados inmediatos o van al médico?

¿Se acostumbra a demostrar afecto? ¿De que forma?

¿Con quién se comunica más usted?

¿Quién es el que sostiene la economía de la casa?

CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES

¿La casa es propia?

¿Cuántas habitaciones tienen?

¿Tienen adecuada ventilación?

¿Cuentan con todos los servicios públicos?

¿Conviven con animales?

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

Etapas del ciclo vital: (puede ser adulto joven, adulto maduro o de la tercera edad)

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Conoce su enfermedad?

¿Le preocupa su situación?

¿Nota cambios en su estilo de vida?

¿Sabe como cuidarse y lo hace?

¿Cuánto tiempo lleva de saber que está enfermo?

- ¿ Se atendió de inmediato?
- ¿Ahorita cree estar muy enfermo?
- ¿Siente apoyo de su familia?
- ¿Sabe de su tratamiento y resuelve sus dudas con respecto al tratamiento?
- ¿Cuál es su mayor temor, por el momento?
- ¿Tiene sentimientos de culpa por estar enfermo?
- ¿Acepta su nueva situación, o siente rechazo?

EL CIERRE

Una vez abordado el tema de interés se concluye con un ambiente de confianza y dejando abierta la oportunidad de volver a entablar un diálogo con la persona si se presenta la ocasión.

10.2 AUTORIZACIÓN INFORMADA

Por medio de este presente, solicito a Usted me sea solicitado realizarle un seguimiento durante su atención en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", cuya finalidad es efectuar intervenciones de enfermería pertinentes a su patología, siempre guardando respeto a su integridad, no haciendo nada contrario a mi ética profesional que le perjudique.

Autorizo a la señorita Ma. Luisa Márquez Mendoza, enfermera pasante de la Escuela de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología, para que realice lo que crea conveniente en relación al seguimiento de mi caso particular de enfermedad; a sabiendas de que no valla en perjuicio de mi integridad, así como de mi salud, respetando ente todo mi individualidad, para los fines que ella crea convenientes de forma que contribuyan a enriquecer su conocimiento como profesional de la salud.

Firma del paciente

TESTES CON
FALTA DE ORIGEN